

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	118.645.934-40	JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA			118.645.934-40
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
DGC INF.	SI JVA	60	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ZONA RURAL	TAQUARITINGA DO NORTE	PE	55790-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (83) 9700-1998		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <input type="text"/> BRASIL AGENCIA: <input type="text"/> 1153 CONTA: <input type="text"/> 21704 DIGITO: <input type="text"/> 2 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	

38 - 1 ^a Nome: <input type="text"/> CONTEÚDO NÃO CPF: <input type="text"/> 30 SET 2019
39 - 2 ^a Nome: <input type="text"/> Assinatura da testemunha CPF: <input type="text"/> AV: Rui Barbosa Recife
Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, SURUBIM/PE 30 SETEMBRO 2019

X José Carlos do nascimento Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



550331

0336991/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
 DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0221000565

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/08/2019** às **10:36**

Complementa o BO Número: **19E0221000564**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **30/6/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VERTENTES, 1, RODOVIA PE-090** - Bairro: **CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POVOADO ALTO DO FOGO**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

HEVELLY RENAN LUIZ DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
 ABMAEL GONÇALVES DE ALBUQUERQUE (OUTRO)
 JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): HEVELLY RENAN LUIZ DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDISIA CURVELO DO NASCIMENTO SILVA** Pai: **JOSE CLAUDIO DA SILVA LIMA** Data de Nascimento: **20/5/1997** Naturalidade: **TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 60, SÍTIO JUÁ - ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

HEVELLY RENAN LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **INACIA IRACI DA SILVA** Pai: **LUIZ ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **17/3/2001** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTES, 1023, AV. CAMILA PEREIRA DE LIMA - CHÁ DO JUNCO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ABMAEL GONÇALVES DE ALBUQUERQUE (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOUNTAIN BIKE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **1 (UNIDADE)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ABMAEL GONÇALVES DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HEVELLY RENAN LUIZ DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AMARELA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFV5304** (PERNAMBUCO/IGARASSU) Renavam: **527156159** Chassi: **9C2KC1670DR435524**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA NO DIA 27 DE AGOSTO DE 2019 O SR. JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA RELATANDO QUE: NO DIA 30.06.2019, ESTAVA FAZENDO CICLISMO NA RODOVIA PE-090, NESTA CIDADE DE VERTENTES/PE, QUANDO FOI ATINGIDO POR UMA MOTOCICLETA. RELATA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL MEMORIAL DR. JAIME SANTANA - VERTENTES/PE E, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, NA CIDADE DE RECIFE/PE. DIANTE DO FATO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA. COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O CONDUTOR DA MOTOCICLETA, O QUAL FOI QUALIFICADO NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, BEM COMO A REFERIDA MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO POR OCASIÃO DO ACIDENTE QUE ATROPELOU A VÍTIMA. NA OCASIÃO DO ACIDENTE, O REFERIDO CONDUTOR DA MOTOCICLETA PRESTOU OS PRIMEIROS OS SOCORRIOS À VÍTIMA E ACIONOU O SAMU.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

José Carlos do nascimento Silva
JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA

(VITIMA)

Hevelly Renan Lui da Silva.

HEVELLY RENAN LUIZ DA SILVA

(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **FELIPE FIGUEIRA DE SÁ VIEIREIRA** - Matrícula: **3873650**





HMJS

Hospital Memorial
Dr. Jaime Santana

A.P.A.M.I VERTENTES –PE
CNPJ: 11.926.300/0001-12

-DECLARAÇÃO-

DECLARO para os devidos fins, que JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO SILVA, portador do RG. Nº 9.601.564 SDS/PE e CPF. Nº 118.645.934-40, residente no Município de Taquaritinga do Norte, foi vítima de acidente de trânsito, no dia 30/06/2019, dando entrada na emergência desta Unidade Hospitalar, conforme cópia de seu Prontuário, anexa.

Vertentes, 21 de agosto de 2019.

M. de Fátima C. Moura
M. de Fátima C. Moura
Secretária
Apami Vertentes
DF 165 710 374-91



FICHA DE PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO..... DATA..... 30/06/19

CARTÃO DO SUS.....

RG.Nº 9.601.569.5D5/PE CPF Nº 118.645.934-40

NOME..... José Carlos do Nascimento Silveira

RAÇA/COR..... B SEXO..... M DATA NASCIMENTO..... 20/10/51 97 (220)

PROFISSÃO..... E.CIVIL..... S TEL. ().....

NOME DA MÃE..... Valdísia Curvelo do Nascimento Silveira

ENDEREÇO..... 57. JUA

PROCEDÊNCIA..... Tag. do morte IBGE

HD:.....

Vítima de atropelamento por
moto. Motorista fugiu expondo de Sat 987.
Filia e filha + teste cultura em
medicamentos (paracetamol + ibuprofeno -
az.) Pendor da consciência nos
últimos do acidente. Foram e
valdane tives

P: 120 x 70 mm Hg

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 SET 2019

Estado: Pernambuco - PE
Av. Rui Barbosa, 715 - J
Recife - PE

15

Neuro e trauma.

PR: Neuro

S717156
Poliframa.

06/08/2020

CELPE

Termo Social de Energia Elétrica: Criado pela lei 10.339, de 26/04/02.
NOTA FISCAL DA FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética do Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista - Recife - PE. CEP 50150-902
 CNPJ 10.335.932/0001-48 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 CENTRO/SURUBIM
 SURUBIM/PE
 55750-000
 RUA JOÃO BATISTA 370

UNID/CONTRIBU	7005749888	08/2019
PERÍODO DE C	12/08/2019	04/09/2019
DATA DE VENCIMENTO	05/09/2019	
VALOR TOTAL	98,16	
VALOR PAGO	3163,00	
VALOR PEND	3163,00	
VALOR PEND	3163,00	

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	113.000,0000	0,77546172	87,82
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,01
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,98
Contrib. Iuris. Pública Municipal			0,04
ICMS Subvenção-CODE-NF: 080545910-0805/19			0,91

VALIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1219484604

PRESTADOR DE SERVIÇO
 02410781208

VALIDADE: 15/12/2020

15/12/2020

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

25/09/1986

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDISIA CURVELO DO NASCIMENTO

CPF: 023 011 424-50 NIS: 16664562813

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI JUJA 60

JUATQUARITINGA DO NORTE RURAL
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

067299E04	SÉRIE UNICA	EMISSÃO 25/06/2019
APRESENTAÇÃO 25/06/2019	Nº DO CLIENTE 2011746223	Nº DA INSTALAÇÃO 3854135

CONTADOR	MES/ANO
7008891111	06/2019
DATA DE VENCIMENTO	
02/07/2019	
DATA PRAVITA PRÓXIMA LEITURA	
25/07/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
22,28	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,18506108	5,55
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	39,000000	0,31724757	12,37
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,04
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,77
Multa por atraso-NF 063448236 - 27/05/19			0,41
Juros por atraso-NF 063448236 - 27/05/19			0,10
Atualização IGPM-NF 063448236 - 27/05/19			0,04



TOTAL DA FATURA

22,28

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
60611220		DATA 27/05/2019 LEITURA 15.047,00	DATA 25/06/2019 LEITURA 15.116,00	29	1,00000		69,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	MPF
JUN19	69
MAI19	74
ABR19	73
MAR19	91
FEV19	70
JAN19	51

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	17,95	0,17
PIS	17,95	0,03

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 0,99	46,71
Transmissão	R\$ 0,98	5,46
Distribuição (Celpe)	R\$ 5,98	33,18
Perdas de Energia	R\$ 1,88	10,4
Encargos Setaoriais	R\$ 0,58	3,1
Impostos	R\$ 0,17	0
Total	R\$ 17,95	

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000000021704-2

Nr. da Autenticação 54F21B714D3ECA85

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 118.645.934-40, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 118.645.934-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

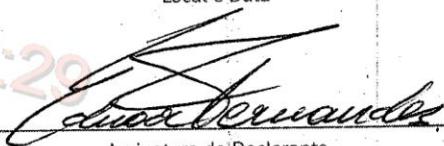
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Enderéço RUA JOÃO BATISTA	Número 370	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade SURUBIM	Estado PE
Email AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial (DDD) (81) 9700-1998	Telefone celular (DDD) (81) 9161-3907

SURUBIM/PE 30 de SETEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	118.645.934-40	JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA			118.645.934-40
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
DGC INF.	SI JVA	60	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ZONA RURAL	TAQUARITINGA DO NORTE	PE	55790-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (83) 9700-1998		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <input type="text"/> BRASIL AGÊNCIA: <input type="text"/> 1153 CONTA: <input type="text"/> 21704 DÍGITO: <input type="text"/> 2 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34
 Informações
 sócio-familiares
 e de identidade
 para fins de identificação

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1^a | Nome: CONTEÚDO NÃO
 CPF: 30 SET 2019

39 - 2^a | Nome: Assinatura da testemunha
 CPF: AV: Rui Barbosa
 Recife

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, SURUBIM/PE 30 SETEMBRO 2019

X José Carlos do Nascimento Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CELPE

Termo Social de Energia Elétrica: Criado pela lei 10.339, de 26/04/02.
NOTA FISCAL DA FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética do Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista - PE - CEP 50150-902
 CNPJ 10.335.932/0001-48 | Ins. Est. 0010543-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

7005749888 08/2019
07.2044282 UNICA 05/08/2019
12/08/2019 04/09/2019
05/08/2019 2011186068 3163008
98,16

Consumo Ativo(kWh)
Acrescimo Bandeira AMARELA
Acrescimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Iur. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CODE-NF: 060545910-0805/19

QUANTIDADE: 113.000,0000
PREÇO (R\$): 0,77546172
VALOR (R\$): 87,82
2,01
0,98
0,64
0,91

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

02/01/0783108
15/12/2020
25/09/1986

DATA NASCIMENTO
02/06/1968

PLACO
AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
DILVAN COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERÍODO: 01/01/2019
AC: CTE
AD: CTE

INSCRIÇÃO
1219484604

DATA EMISSÃO
16/12/2015

ASSINATURA DO FISCON
FISCON
PROJETO 288467

VALIDADE
30 SFT 2^o

Carta Segura
Av. Rui Barbosa
Recife

TOTAL DA FATURA

98,16

DEMONSTRAÇÃO DE CONSUMO DE STANDEAR FISCAL

NR DO FISCON	NR DO FISCON	DATA	DATA	LEITURA	LEITURA	NR DE CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
K0714	C01	04/07/2019	05/08/2019	26.949,00	32	1.000,00		113,00

ITEMS BORGES DE CONSULTA	UNIDADES DE CONSULTA	UNIDADES DE CONSULTA	UNIDADES DE CONSULTA
MÉTODO INT.	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ABR19 119	ICMS	25,00	R\$ 22,55
ABR19 113	PIS	0,74	R\$ 0,17
ABR19 182	COFINS	3,42	R\$ 1,09
ABR19 153			
MAR19 162	Tributos		R\$ 2,61
MAR19 168	Total		R\$ 30,81
MAR19 168		100%	

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

02/01/0783108
15/12/2020
25/09/1986

DATA NASCIMENTO
02/06/1968

PLACO
AMARO FERNANDES DE
OLIVEIRA SOBRINHO
DILVAN COSTA DE
ALBUQUERQUE FERNANDES

PERÍODO: 01/01/2019
AC: CTE
AD: CTE

INSCRIÇÃO
1219484604

DATA EMISSÃO
16/12/2015

ASSINATURA DO FISCON
FISCON
PROJETO 288467

VALIDADE
30 SFT 2^o

Carta Segura
Av. Rui Barbosa
Recife

ITEMS BORGES DE CONSULTA	UNIDADES DE CONSULTA	UNIDADES DE CONSULTA	UNIDADES DE CONSULTA
MÉTODO INT.	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
MAR19 162	ICMS	25,00	R\$ 22,55
MAR19 168	PIS	0,74	R\$ 0,17
MAR19 168	COFINS	3,42	R\$ 1,09
MAR19 168	Tributos		R\$ 2,61
MAR19 168	Total		R\$ 30,81
MAR19 168		100%	

02/01/0783108
15/12/2020
25/09/1986

D

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

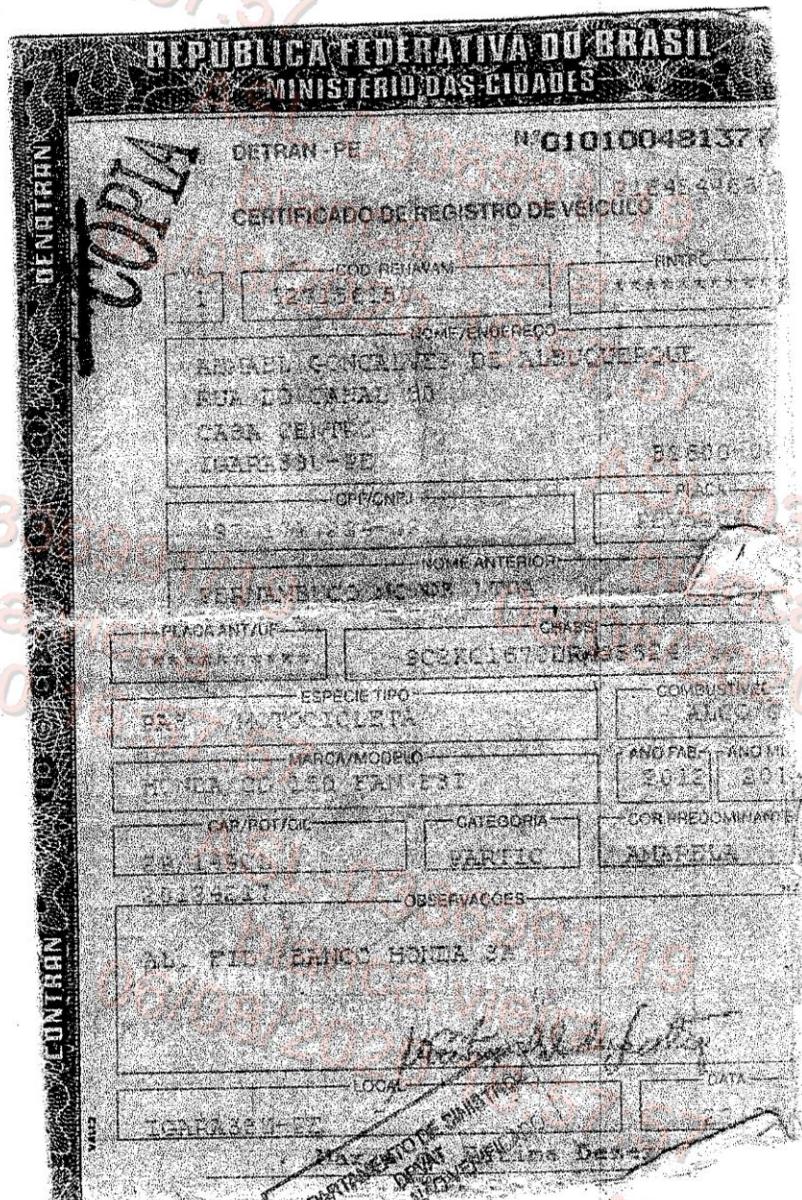
0

0

0

0





TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 11 DE OUTUBRO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190557481

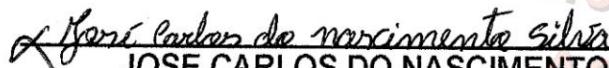
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 30/06/2019, onde sofri LESÕES GRAVES(FRATURA EXPOSTA) EM MINHA Perna ESQUERDA, fui submetido a cirurgia, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PERÍCIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliada por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da Seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.



JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190557481 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
SILVA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E FRATURA DISTAL EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DA Perna DIREITA.

Descrição do exame físico: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA (+++/++++) , DEFORMIDADE E RIGIDEZ DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DA FRATURA DISTAL EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DA Perna DIREITA COM FIXADOR EXTERNO NO PRIMEIRO TEMPO CIRÚRGICO E HASTE NO SEGUNDO TEMPO.
SEM MENÇÃO A FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL TOTAL DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida: Não

Observações: OBS : Trata-se de sinistro com pagamento. Vítima indenizada em 25% do Membro inferior direito, recebe agora indenização complementar.
NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA CONFIRMADO ENVOLVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 30 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 9.601.564 SDS/PE CPF: 118.645.934-40
DATA DO ACIDENTE: 30/06/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA
ENDEREÇO: SI JUA, 60, ZONA RURAL, TAQUARITINGA DO NORTE- PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

TAQUARITINGA DO NORTE - PE 23 DE JULHO 2019.



X José Carlos do nascimento silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO
Taquaritinga do Norte
Servidão Notarial e Registral

Rua Cel. Tejo, 19-A - Centro - Taquaritinga do Norte - PE
Fone: (81) 3733-1085 - E-mail: snrtaquaritinga-pe@bol.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA. Dou fé. Taq. do Norte, 27/08/2019. Em test^o da verdade.

(a) FELIPE AUGUSTO COSTA SANTOS - Escrivente (Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERC: 0,40 FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$ 0,08) Selo: 0076513.GBM04201901.04833



Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital