
Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679588

Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679588

Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **046033368-29** Nome completo da vítima: **JOSE ROBERTO B. LIMA**

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

Nome completo: **JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA** CPF: **046033368-29**
 Profissão: **CABELEIREIRO** Endereço: **RUA 41 195 Quadra 53** Número: **195** Complemento: _____
 Bairro: **CAETTES III** Cidade: **ABEU E LIMA** Estado: **PE** CEP: **53545-670**
 E-mail: **robertoBuarqueLima@gmail.com** Telefone: **(01) 999317719**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:

☐ RECURSO ORDINÁRIO ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUQUANÇA (elemento parte de serviços bancários. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (contas correntes):

Nome do BANCO: **CAIXA Econômica F.**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **0867** CONTA: **000253777**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização, terminando o Seguro DPVAT a partir da data de crédito, desde que o crédito seja a favoração do crédito, quitação total do valor devido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilito de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a realização de avaliação de incapacitação do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalo uma das opções:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou:
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou:
- ☐ 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 preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica os custos da Seguradora LIDER para verificação da invalidez e sua qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não tem efeito prejudicial com a futura avaliação médica pelo IML, a ser feita de conformidade com o disposto no seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não Se não tiver herdeiros, informar quantos: _____

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT em nome dos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a condenação do segurado, o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **01 de Novembro 2019**

Nome: **JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA**

CPF: **046033368-29**

Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se for caso)

Assinatura do Testemunha (se for caso)

(*) A vítima/beneficiário em condição de incapacitação deve ser assistido por pessoa idônea, capaz e capaz, e a Seguradora LIDER não se responsabiliza por danos materiais e morais decorrentes de qualquer omissão ou declaração não verdadeira, bem como por danos materiais e morais decorrentes de qualquer omissão ou declaração não verdadeira, bem como por danos materiais e morais decorrentes de qualquer omissão ou declaração não verdadeira.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, DO LAUDO MÉDICO E DO RESOLUÇÃO DO IML.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190679588
Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto Buarque de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Quarenta e Um, 195
Caetes III Abreu e Lima PE CEP: 53545-650
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 10402365-X
Data local do acidente: [04/04/2019]
Data local do exame: [23/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: 16/06/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO (REALIZA APROX 30 GRAUS). FUNÇÃO DA MAO PRESERVADA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO AO PUNHO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118005068**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/05/2019** às
14:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **4/4/2019** às **20:25**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE GUABIRABA (BAIRRO), 01** - Bairro:
GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
RETORNO PRÓXIMO AO BARILOCHE
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL / BR-101**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VINICIUS VIEIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO HYUNDAI TUCSON GLSB DE PLACAS
PEK-0447/PE (AUTOR / AGENTE)
SILVANA APARECIDA DA SILVA DE SOUZA (OUTRO)
DANIEL JOSE BRAZ (TESTEMUNHA)
JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

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

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
TEREZINHA MALAFAIA DE LIMA Pai: RENAN BUARQUE DE LIMA Data de Nascimento:
8/4/1981 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10402300/SSP/PE
(RG) 04803336829 (CPF) Profissão: CABELEIREIRO(A) Telefones Celulares:
- 998317719

Endereço Residencial: RUA QUARENTA E UM, 198 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES III -
ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

VINICIUS VIEIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO HYUNDAI TUCSON GLSB DE
PLACAS PEK-0447/PE (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SILVANA APARECIDA DA SILVA DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo:

Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DANIEL JOSE BRAZ (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA DE PLACA PFN-2685 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SILVANA APARECIDA DA SILVA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SR. JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA COMPARECEU A ESTA 28ª CPOL E NOTICIU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE PLACA PFN-2685 PELA RODOVIA BR-101, BAIRRO DE GUABIRABA, RECIFE/PE, QUE O NOTICIANTE SEGUIA SENTIDO RECIFE - ADREU E LIMA QUE NAS IMEDIAÇÕES DO BARILOCHE, PRÓXIMO AO RETORNO, UM VEÍCULO HYUNDAI TUCSON GLSB DE PLACA PEK-8447/PE QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO DA VIA, LADO DIREITO, SAIU SEM SINALIZAR E INGRESSOU NA RODOVIA. DIZ O NOTICIANTE QUE NAQUELE INSTANTE O NOTICIANTE FREOU A MOTOCICLETA MAS RECEBEU A COLISÃO DO VEÍCULO TUCSON. DIZ O NOTICIANTE QUE DEVIDO AO IMPACTO SOFREU LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO E FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS - 2019APH000548 DIV.OP PARA UPA DE IGARASSU E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATÃO. OUTROSSIM, DECLARA O NOTICIANTE QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO TUCSON SE IDENTIFICOU PELO NOME DE VINICIUS VIEIRA E SE COMPROMETEU ARCAR COM AS DESPESAS MÉDICAS. AFIRMA O NOTICIANTE QUE; TRABALHA NA PROFISSÃO DE CABELELEIRO E DEVIDO A LESÃO NO BRAÇO ESTÁ SEM EXERCER A SUA ATIVIDADE HÁ QUARENTA DIAS. DIANTE DE EXPOSTO SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS. CASO AFETO A DELEGACIA DE MACAXEIRA.

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

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO** - Matrícula: **381005-0**



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000546 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA, 58 anos, BRASILEIRO (a), DIVORCIADO(a), RG nº 10402365 SSP SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 046.033.368-29, residente à RUA 41, nº 195, , CAETES III, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 04/04/2019, por volta das 20:25 hs, no endereço: RODOVIA BR, S/N, GUABIRABA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo CAMIONETA HYUNDAI/TUCSON GLSB BRANCA PEK-6447-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA, inscrito sob o CPF nº 046.033.368-29 e Registro Geral nº 10402365, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IGARASSU. Registrado(a) com o prontuário nº 1070608. Ficou aos cuidados do médico EDUARDO KRUG CARVALHO, registro 15075. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 13/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000546

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00867

CONTA: 000000025377-7

Nr. da Autenticação DA4A1B0D9E9FC86E

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

RG nº 10402365-X data de expedição 08/10/2019 Órgão SSP/SP

CPF nº 046033368/29 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito-seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA 41 Nº 195</u>
Numero	<u>195</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CAETES III</u>
Cidade	<u>ABREU E LIMA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53 545 - 670</u>
Telefone de Contato	<u>(81) - 999317719</u>
E-mail	<u>Roberto Buarque @ LIMA @ Gmail . Com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 14 Novembro 2019

Assinatura do Declarante: Jose Roberto B. Lima

8º TABELIONATO DE NOTAS DO RECIFE
Ivanildo de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho
Tabelião Público

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de:
(01669/9) - JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA.

Recife, 14 de Novembro de 2019. Em test.
KERO LAYAN CHARA DE SOUZA da verdade.
Escr. R\$ 4,71, TSNR 0,80, FERC 0,40, FBRM 0,04.
FUNSEC 0,08, ISS 0,20 Total 4,91
Selo Digital 007783 APY11201901 01116

www.tabelionatofigueiredo.com.br
Fone: (81) 3073-0800



Consulte Autenticidade em: www.tpe.jus.br/verificador

Saldo Anterior	Pagamentos (Crédito)	Saldo Restante	Despesas do mês (Débito)	Total desta Fatura	Pagamento Mínimo
R\$ 0,00	(-) R\$ 6,03	(=) R\$ 0,00	(=) R\$ 457,73	R\$ 457,73	R\$ 63,57

Demonstrativo das Movimentações

Data	Descrição	Valor US\$	Valor
	5117.XXXX.XXXX.4343		
04/10/2019	RAPPI*VER BRASIL INTER		2,44
04/10/2019	RAPPI*VER BRASIL INTER		2,44
04/10/2019	RAPPI BRASIL		23,10
05/10/2019	PRIME LINE CENTRO AUTO 01/05		125,00
09/10/2019	F INDEP ILHA 2 01/02		30,11
15/10/2019	PAULISTA NORTH WAY SER		8,00
15/10/2019	PETROCAL OLINDA		40,00
15/10/2019	RAPPI*VER BRASIL INTER		3,59
15/10/2019	RAPPI*VER BRASIL INTER		3,59
15/10/2019	RAPPI		22,70
16/10/2019	ifood *IFOOD		5,90
19/10/2019	CINEPOLIS PATIO OLINDA		16,00
19/10/2019	LOUCOS POR COXINHA PAT		10,00
19/10/2019	LOJAS AMERICANAS -1419		37,23
19/10/2019	LOJAS AMERICANAS -1419		7,99
20/10/2019	AUTO POSTO GLOBO		70,00
21/10/2019	ifood *IFOOD		26,90
21/10/2019	ifood *IFOOD		17,90
22/10/2019	ifood *IFOOD		16,90

Número do cartão

5117 XXXX XXXX 4343

Vencimento

05/11/2019

Limites

Limite de Crédito Cartão	R\$ 1.000,00
Limite de Saque	R\$ 0,00

Encargos Financeiros

Encargos Rotativos	7,70% a.m
Encargos Máximo Próximo Período	10,70% a.m
Juros Remuneratórios	7,6% a.m
Juros de Mora	1,00% a.m
Multa Por Atraso	2,00% sobre o valor da fatura
IOF de Financiamento	0,626% a.m
IOF Internacional	6,38% sobre o valor da transação
CET do Financiamento da Fatura	145,43% a.a
Cotação do Dólar	R\$ 4,11

Atendimento Inter

3003 4070 - Capitais e Regiões Metropolitanas
0800 701 7717 - Demais Localidades
0800 979 7096 - SAC
0800 940 7772 - Ouvidoria

www.bancointer.com.br

Compras Parceladas - Próximas Faturas

Data	Estabelecimento	Valor em R\$
05/10/2019	PRIME LINE CENTRO AUTO 02/05	125,00
09/10/2019	F INDEP ILHA 2 02/02	30,11

Fique seguro de imprevistos

Garanta o pagamento da fatura em caso de perda involuntária de renda. A partir de R\$ 5,99/mês. Acesse o app e conheça o Seguro Proteção Financeira.

AGÊNCIA / CEDENTE 00001/00190101	LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO, MESMO APÓS O VENCIMENTO				VENCIMENTO 05/11/2019	
ESPÉCIE R\$	BENEFICIÁRIO BANCO INTER S/A - CNPJ: 00.416.968/0001-01 AV. DO CONTORNO 7777 - LOURDES - 30130-051 - BELO HORIZONTE - MG					
VALOR DO DOCUMENTO 457,73	DATA DOCUMENTO 25/10/2019	Nº DOCUMENTO 11292298405	ESPÉCIE DOC. OUTROS	ACEITE N	DATA PROCESSAMENTO 25/10/2019	
VENCIMENTO 05/11/2019	USO DO BANCO	CARTEIRA 001	ESPÉCIE R\$	QUANTIDADE DE MOEDA	VALOR DA MOEDA	
(+)MORA / MULTA	INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)				(=)VALOR DO DOCUMENTO 457,73	
(=)VALOR COBRADO	Os encargos sobre o pagamento em atraso constarão na próxima fatura mensal. Utilize esta ficha de compensação caso deseje quitar ou pagar parcialmente o saldo devedor do seu Cartão Inter.				(+)DESCONTO / ABATIMENTO	
NOSSO NÚMERO 101/0031725953111	SR. CAIXA FAVOR NÃO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE				(-)OUTRAS DEDUÇÕES	
Nº DOCUMENTO 101/47	PAGADOR GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR RUA TRES 215 5 ETAPA RIO DOCE 53090-340 OLINDA PE				(+)MORA / MULTA	
BANCO INTER S/A CNPJ: 00.416.968/0001-01 AV. DO CONTORNO 7777 LOURDES - 30130-051 BELO HORIZONTE - MG					(+)OUTROS ACRÉSCIMOS	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					(=)VALOR COBRADO	



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
FICHA DE COMPENSAÇÃO

Precisando organizar as finanças? ;)

Parcele sua fatura e fique tranquilo.

O Banco Inter oferece algumas opções de parcelamento.
Uma delas pode ser a que você precisa:

1+ 18 x	R\$ 43,03	1+ 36 x	R\$ 34,63
1+ 24 x	R\$ 38,50		
1+ 30 x	R\$ 36,05		

Se quiser aderir ao Parcelamento de Fatura, pague **até a data do vencimento o valor exato** da parcela escolhida entre as opções acima.

Importante: caso sua fatura esteja em débito automático, é necessário cancelar este serviço antes de contratar o Parcelamento de Fatura.

Os valores decorrentes de Parcelamento de Fatura e/ou Financiamento Compulsório estão sujeitos à incidência de IOF, bem como de juros à Taxa Efetiva Mensal de **[7,60]**% a.m, Custo Efetivo Total de **[105,73]**% a.a.

O valor financiado (principal) do Parcelamento de Fatura e/ou Financiamento Compulsório impactará o limite de crédito para utilização do cartão Inter Mastercard, que será recomposto à medida que as parcelas forem pagas.

Não sendo pagos pelo portador os valores devidos, independentemente de notificação ou qualquer outra formalidade, o Banco Inter poderá, de imediato, suspender ou cancelar a utilização do cartão.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 6.132/98.

Pelo exposto, eu Gerardo Pereira da Silva Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Roberto Buarque de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 046033368 / 29

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima José Roberto Buarque de Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 046033368 29 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: Advogado Renda: R\$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recusa 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.

Endereço: <u>Rua Irês</u>		Número: <u>235</u>	Complemento: <u>II casa</u>
Bairro: <u>Rio Doce</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>5380390</u>
E-mail: <u>Gerardo-jr@outlook.com</u>			Tel. (DDD): <u>85 998238859</u>

Local e Data: Recife, 20 de novembro de 2019

Gerardo Pereira da Silva Junior
Assinatura do Declarante

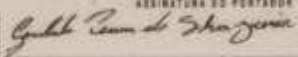
USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.386/94)

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

15793336



ASSINATURA DO PORTADOR









OBSERVAÇÕES



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

INSCRIÇÃO

51157

FILIAÇÃO

GERALDO PEREIRA DA SILVA
MARIA CRISTINA PEREIRA DOS ANJOS

NACIONALIDADE

RECIFE-PE

RG

9278488 - SDS/PE

DATA DE NASCIMENTO

19/09/1996

CPF

112.922.984-05

VIA

01

EXPEDIÇÃO EM

27/09/2019



B. A. B.

BRUNO DE ALBUQUERQUE BAPTISTA
PRESIDENTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679588

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Data do acidente: 04/04/2019

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO (REALIZA APROX 30 GRAUS). FUNÇÃO DA MAO PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435026/19

Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CPF: 046.033.368-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO BUARQUE
DE LIMA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR : 112.922.984-05

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA : 046.033.368-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

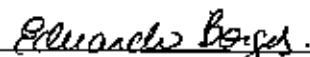
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR
CPF: 112.922.984-05

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06


Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SEPARADO
Identidade: 10402365-X
CPF: 046033368-29
Profissão: CABELEIREIRO
Endereço: R. 41 Nº 195 Quadra 53 CAPTES III
CEP: 53545-670 ABREU-E-LIMA
Telefone: (81) 999317719

OUTORGADO:

Nome: Gerardo Pereira da Silva Junior
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 9278788 SDS-96
CPF: 552.922.581
Profissão: Advogado
Endereço: Rua São, nº 255, Rio Dourado, Olinda-PE
CEP: 53080370
Telefone: (85) 998238859

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Recife 14 de Novembro 2019

Local e data

Jose Roberto B. Lima

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



8º TABELIONATO DE NOTAS DO RECIFE
Instituto de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho
Tabelião Público

www.tabelionatofig
Fone: (81) 3011.1111

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de
JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Recife, 14 de Novembro de 2019 - Em test. da verdade
Kerolainny Chára de Souza
Emp. 134.71 TSNR 0.80 FERC 0.40 FIRM 0.04
FUNSE 0.05 ISS: 0.20 Total: 4.91
Sel. digital: 0071783 RPT11201901.01115



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435026/19

Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CPF: 046.033.368-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR : 112.922.984-05

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA : 046.033.368-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR
CPF: 112.922.984-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges