



JOÃO VARELLA
Advogados Associados
PROCURAÇÃO/CONTRATO

OUTORGANTE: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
RG: 8.190.291 CPF: 095.908.914-96 ESTADO CIVIL: solteiro
NASCIMENTO: 20.11.89 PROFISSÃO: _____ FONE: 9.911.23695
9.8338.6656
ENDEREÇO: RUA VERGADOR PETRUS CAMARA N° 47 BAIRRO: SÍTIO DOS PINTOS
CIDADE: Recife ESTADO: PE CEP: 52141-405

OUTORGADOS: Bela. ALYNE ROBERTA ALEIXO DE MELO, brasileira, solteira, advogada regularmente inscrita, na OAB/PE nº 28.167 e Bel. JOÃO CAMPIELLO VARELLA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/PE nº 30.341, JORGE MOISES DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, bacharel regularmente inscrito na OAB/PE nº 13.092E sócios do Escritório João Varella Sociedade de Advogados, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 21.243.819/0001-50, com endereço profissional à Rua Arquimedes de Oliveira, nº 135, Santo Amaro, Recife / PE, CEP: 50.050-510, endereço eletrônico: joaocampiello@hotmail.com e joaovarella@joaovarellaadvogados.adv.br.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "ad judicium e et extra", podendo para tanto, renunciar aos valores excedentes ao teto máximo do Juizado Especial Federal, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do outorgante perante a Justiça Federal, Estadual ou INSS, podendo, inclusive, assinar, confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, substabelecer e renunciar ao direito ao qual se funda o objeto da ação.

DECLARAÇÃO: Declaro para os devidos fins de direito, que não possuo condições de litigar em juízo sem prejuízo pecuniário próprio ou de minha família, pelo que requeiro os benefícios da justiça gratuita nos termos do art. 98, CPC.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos, em caso de êxito, até o trânsito em julgado da demanda.

Parágrafo 1- Os honorários do caput serão devidos desde o requerimento administrativo negado pelo INSS até o trânsito em julgado da ação, e ainda que esse valor seja pago em parte por RPV/Precatório e em parte por complemento positivo ou qualquer outro meio de pagamento administrativo ou judicial.

Parágrafo 2- Nos casos de revisão e restabelecimentos de benefícios, os honorários serão devidos a contar do período não prescrito até o trânsito em julgado da ação, e ainda que esse valor seja pago em parte por RPV/Precatório e em parte por complemento positivo ou qualquer outro meio de pagamento administrativo ou judicial.

Parágrafo 3- Se o valor acertado no "caput" for inferior à tabela mínima da OAB/PE (causas previdenciárias) o contratante obriga-se a complementar o restante.

Parágrafo 4- Os valores serão pagos a JOÃO VARELLA SOCIEDADE DE ADVOGADOS, inscrita no CNPJ nº 21.243.819/0001-50, e o contratante autoriza desde já a retenção dos honorários advocatícios em favor do contratado, por ocasião do pagamento judicial.

Recife, 29 de julho de 2020.

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

OUTORGANTE

Rua Arquimedes de Oliveira, nº135
Santo Amaro, Recife / PE
CEP: 50.050-510 Próximo ao RM e ao PROCAPE
:: (81) 3039-7220







REMETENTE

097599

INSS

AG DA PREVIDENCIA SOCIAL CAMARAGIBE

AV DOUTOR BELMINO CORREIA

TIMBI

CAMARAGIBE - PE

54768-000

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ MUDOU-SE | ☐ RECUSADO | ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO |
| ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ NÃO PROCURADO | ☐ PORTEIRO/SÍNDICO |
| ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO | ☐ AUSENTE | |
| INDICADO | | |
| ☐ DESCONHECIDO | ☐ FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:/...../.....

EM:/...../.....

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



096988



LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

RUA VEREADOR PETRUS CAMARA

SITIO DOS PINTOS

RECIFE PE

52171-445



5013196987403170000009698830200219



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/08/2020 14:03:47

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080514034782700000064599328>

Número do documento: 20080514034782700000064599328

Num. 65838326 - Pág. 1



ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUH. - S/N - DOIS IRMAOS R
ECIFE PL 52121 011

DADOS DO CLIENTE
JOSE EVILAZIO DE LUCENA
R VER PETRUS CAMARA, N. 00047 - CASA -47-A - SITIO DOS PINTOS R
E LEE PE 541/1-445
INSCRIÇÃO: 340.346.550-0904.000 GRUPO: 16 DEB. AUTOMATICO: 055035245

MATRÍCULA: 55035245
06/7/2019

SITUAÇÃO ÁGUA
TIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO
POTENCIAL

QUANTIDADE DE ECONOMIAS
RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL

PÚBLICA

HIDROMETRO
A165185538

DATA LEIT. ANTERIOR
11/07/2019

DATA LEIT. ATUAL
12/07/2019

TIPO DE CONSUMO (A/E)
REAL

AGUA:
LEIT. ANT.: 358
LEIT. ATU.: 367
LEIT. TAL.: 367

CONSUMO: 9

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	126	127	127
COR APARENTE	126	127	125
CLORO RESIDUAL	126	127	127
COLIF. TOTAIS	126	127	126
E. COLI	126	127	127

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS
ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA
MÚLTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

CONSUMO
9 M3

TOTAL (R\$)
8,65
0,36

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	8,65	1,65	0,14
COPING	3,65	2,60	0,60

VENCIMENTO: 25/08/2019

TOTAL A PAGAR: 9,01

田村正和主演

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 6.07. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.



27691/19



POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
37ª. CIRCUNSCRIÇÃO – CAMARAGIBE

Ofício nº. 080/2019-SA
BO nº 18E0128001124

Camaragibe, 02 de abril de 2019.

Senhor Gerente,

Pelo presente, solicito de V. Sa., providências no, sentido de ser procedido o competente **EXAME TRAUMATOLOGICO COMPLEMENTAR** na pessoa abaixo qualificada:

NOME: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

DATA DE NASCIMENTO: 20/11/1989

RG nº 8190291 SDS/PE

NACIONALIDADE: BRASILEIRA.

FILIAÇÃO: Não Declarado e Claudeci Trajano de Santana

RESIDÊNCIA Rua Severino Miguel de Moura, nº s/n, Sítio dos Pintos, Camaragibe/PE.

Esclareço a V. S^a. que a vítima sofreu um acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 198/12/2017 em Estrada de Aldeia, Camaragibe/pe conforme BO acima mencionado.

O laudo deverá ser remetido **a DELEGACIA DE POLÍCIA DA 37ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE**

Atenciosamente,


ABRAÃO FRANÇA DIDER
DELEGADO DE POLÍCIA

Sr.

Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha
Rua do Pombal, Santo Amaro – Recife/PE.

TRAUMATOLOGIA - IMLAPC
Recebido em 28/08/19 às 07:20
Assinatura - 263181-4
Assinatura - 3ª. Circunscritura





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

REQUISIÇÃO DE EXAMES/PARECERES CLÍNICOS

Recife, 16 de outubro de 2018

Solicito a V.S^a. providências no sentido de que seja realizado/emitido na
pessoa de Livistone Drijane de Santana

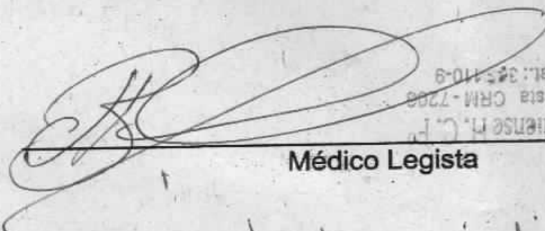
um exame/parecer Neurológico

tratando-se de portador de lesões múltiplas *

para que possamos dar andamento na perícia traumatólogica

requisitada a este Instituto.

Atenciosamente,


Médico Legista

SDS - Matr.: 345410-9
Médico Legista CRM - 7208
JOSE BRASILEIRO N. C. P.

* se houve o movimento do seu quadril
após acidente de trânsito ocorrido em dezembro de 2017
onde sofreu fratura do bônco proximal do 3º quírodistilo direito
e luxação do fêmur direito

Rua Marquês do Pombal, nº 455, Santo Amaro - Recife-PE - CEP 50.100-170
Fone: (81) 31835256 / 31835257



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: Simstom Jorgens de Souto

Foi atendido às _____ hs. do dia 28/05/17

Diagnóstico Provável: _____

Paciente portador de EM
em uso de interferon desde
2015 por doença espástica com
clônus bilaterais.
Permanece em acompanhamento
neurologico.

Tratamento Realizado: GIN: G35

EDS: 3,5

Observação: Recup, 28/05/17

Cópia de: _____

Alvaro J. P. Moreira
Neurologia
CRM: 14958
Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : _____

Nome : Wiston Trizuo de Sautiz

Foi atendido às _____ hs. do dia 02 / 11 / 2014

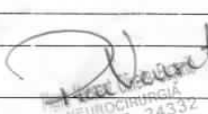
Diagnóstico Provável : Paciente portador de
EM em uso de interferon
desde 2015, com quadro de
paralisia espástica com
clonus bilateral, alterações
em acompanhamento
neurologico.

Tratamento Realizado : CID : G35

EDSS : 6.0

Observação : _____

Cópia de : _____


NEUROLOGIA
CRM-PE 24332
Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





PREFEITURA DE CAMARAGIBE
SECRETARIA DE SAUDE
SAMU 192 – BASE DE CAMARAGIBE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o paciente, Livistone Trajano de Santana RG: 8.190.291 SDS-PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 – Base Camaragibe, no dia 19/12/2017, vítima de colisão moto x moto, em Aldeia no KM 07, no Município de Camaragibe – PE, em seguida foi removido para UPA da Caxangá, e gerada a ocorrência de Nº S.418403.

Camaragibe, 05 de Janeiro de 2018.


Glenda Seneila de Melo
ENFERMEIRA

Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192
Base Descentralizada Camaragibe

Rua Pio XII, Nº 555, Barro Novo, Camaragibe-PE, CEP 54762-620



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 32301596 - AC SAO LOURENCO DA MATA
SAO LOURENCO DA MATA - PE
CNPJ....: 3402316051360 Ins Est.: 001436007
COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 344902050
Contrato....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 04/10/2019 Hora.....: 10.33.45
Caixa.....: 93674536 Matrícula...: 85078409
Lancamento...: 020 Atendimento: 00009
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1714666838

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	24,78+
Valor do Porte(R\$)...	24,78	
Peso real (G).....	60	
Peso Tarifado.....	0,060	
CNPJ/CPF Remet : 09590891446		
Nome Remetente : LIVISTONE TRAJANO DE SANTA		
Cont. Nome..... NA		
Endereço Remet : RUA Rua Vereador Petrus Ca		
Cont Endereço...: mara, 16 CASA - Sitio dos P		
Cep Remetente...: 52171-445		
Cidade Remet...: RECIFE		
UF Remet.....: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43+
Valor do Porte(R\$)...	30,43	
Cep Destino: 20011-904 (RJ)		
Peso real (G).....	60	
Peso Tarifado.....	0,060	
OBJETO=> DA002763337BR		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.
VIA-CLIENTE SARA 7.9.01





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Constance Trajano de Santana
Data do Acidente: 19/11/17 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 095908914-46

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Constance Trajano de Santana
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 095.908.914-46
E-mail: 388614575 Tel.: 388614575
Data: 04/10/19 Assinatura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): de São Francisco da Mata
Atendente: Adelma Santana de Andrade Matrícula: 55078104
Data: 04/10/19 Assinatura: Adelma Andrade Gerente
Mat. 8.507.840-9



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/08/2020 14:03:48

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080514034801200000064599331>

Número do documento: 20080514034801200000064599331

Num. 65838329 - Pág. 2

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS - TELEGR. DS
Ag: 32301936 - AC CAMARAGIBE
CAMARAGIBE - PE
CNPJ.....: 34028316557370 Ins Est.: 001436007

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 335762245
Contrato....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartão....: 62267655

Movimento...: 30/07/2019 Hora.....: 09:41:29
Caixa.....: 92712733 Matrícula...: 85082210
Lancamento...: 007 Atendimento: 00004
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete.: 1680700853

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....	178	
Peso Tarifado.....	0,178	
CNPJ/CPF Remet.: 09590891446		
Nome Remetente.: LIVISTONE TRAJANO DE SANT		
Cont. Nome.....: ANA		
Endereço Remet.: RUA ANTONIO ALVES DA ROCHA		
Cont. Endereço...: 65 B - DOIS IRMÃOS		
Cep Remetente...: 50000-000		
Cidade Remetente.: RECIFE		
UF Remetente.....: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43+
Valor do Porte(R\$)...	30,43	
Cep Destino: 20011-904 (RJ)		
Peso real (G).....	178	
Peso Tarifado.....	0,178	
OBJETO.....: SG089819540BR		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 53,69

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 7.9.00





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: LORENE TRAPANE DE SANTANA
Data do Acidente: 19/11/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 095708914-46

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): LORENE TRAPANE DE SANTANA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 095708914-46
E-mail: trapane.pedro20@gmail.com Tel.: (81) 988614575/98950896
Data: 30/07/19 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AE Camaragibe IPE Matrícula: 85082210
Atendente: Mariana Teixeira da Silva
Data: 30/07/19 Assinatura: [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/08/2020 14:03:48

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080514034801200000064599331>

Número do documento: 20080514034801200000064599331



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 000000077741-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01159/01160 - carta_15R - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01879/01880 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14686847





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

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

Carta nº 14686489





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 08/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01961/01962 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 15341010





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente: *Leiviston Traga* Registro: *152 6089*

Clinica: *ne de Santana* Box/Leito/Enfermaria:

EDSS = 7

Dra. Anaise Borges de Carvalho
Médica
CRM-PE 25.442

29/07/19

CID 10: G35

Maira M. Sá V. Alencar
Clínica Médica
CRM-PE 21818

Data: */ /*

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

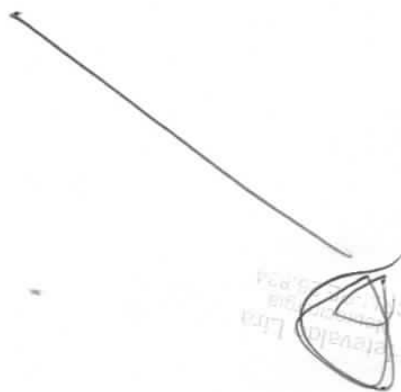
Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

LUISRON K. TASSANO,

A FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA,

(EM COM JUNTOS RESPIR)



Data: ____/____/____

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clínica:

Box/Leito/Enfermaria:

LIVISTONIA TAZEND 20 SINTOMA

(H.D.T.) ESQUEMA MULTIPLO.

EDSS - 7,5

Data: __/__/__

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





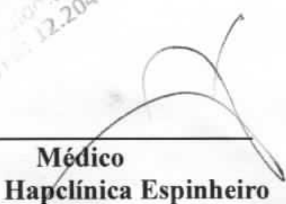
Receita Médica

Paciente: Luiziane Fagundes de Faria

Paciente portadora de esclerose múltipla.
Em tratamento clínico com β -interferon
na dose de 0,5 (Hortifid de Biotina-
caps). Seguindo dosagem de anti-oligocla-
rina - 4 para a complementação do
caso.

João Campiello Leimig
Médico
CRM 12.204

20
05
19.


Médico
Haplínica Espinheiro
Rua José Luiz da Silveira Barros, 122 Espinheiro





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - SES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : _____

CRM : _____ UF : _____ Nº : _____

End. : _____

Cidade : _____ UF : _____

Telefone : _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : Livistone Trajano de Santana

Endereço : _____

Prescrição : Uso Oral

R.1) Baclofeno 2mg. — 2cx

Tomar 1 comp ao dia por 5 dias
e prosseguir p/ 1 comp de 12/12h

Maira M. Sá V. Alencar

Clínica Médica

CRM-PE 21818

DATA : ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : _____

Ident. : _____ Org. Emissor : _____

End. : _____

Cidade : _____ UF : _____

Telefone : _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA : ____/____/____

Cod. 0339





Secretaria do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



SENEU – SERVIÇO DE NEUROLOGIA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS E A PEDIDO DO (A) INTERESSADO (A) QUE O (A) SENHOR (A) **Livstone Trajano de Santana** É PORTADOR(A) DE **ESCLEROSE MULTIPLA** (CID-10: **G35.0**), EM USO DE **REBIF**. POSSUI DEFICIT MOTOR IMPORTANTE, RETRITO EM CADEIRA DE RODAS. EM AGUARDA DOSAGEM DE AQUAPORINA 4.

RECIFE – PE, 11 de março de 2019.


MÉDICO





PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CERTIDÃO PIS/PASEP/FGTS

NOME		CTPS/IDENT.	CPF	PIS/PASEP	NUM. BENEFÍCIO
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA		0002999/00096	09590891446	1638633073-1	6266750760
ÚLTIMO EMPREGADOR		CGC	CERTIFICADO PARA OS FINS PREVISTOS NO PARÁGRAFO 1º DO ART. 4º, LEI COMPLEMENTAR No. 26 DE 11/02/75, LEI No. 6.858 DE 24/11/80 E PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 1º DO DECRETO No. 85.845 DE 26/03/81, QUE FOI CONCEDIDA A		
DEPENDENTE	VÍNCULO	DATA NASC.	APOSENTADORIA P/ INVALIDEZ		
			REQUERIDA EM 17/01/2019 INÍCIO BENEF. 17/01/2019		
			LOCAL E DATA RECIFE PE	07/02/2019	OL 15.0.01.160

ESTA CERTIDÃO TEM EFEITO PARA LEVANTAMENTO DE VALORES CORRESPONDENTES A:

a) PIS - PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL
b) PASEP - PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO PATRIMÔNIO DO SERVIDOR PÚBLICO
c) FGTS - FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO
d) QUANTIAS DEVIDAS PELO EMPREGADOR A SEU EMPREGADO EM DECORRÊNCIA DE RELAÇÃO DE EMPREGO.
e) RESTITUIÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA.
f) SALDOS DE CONTAS BANCÁRIAS, CADERNETAS DE POUPANÇA, FUNDO DE INVESTIMENTO, DE ACORDO COM LIMITES PREVISTOS EM LEI E DESDE QUE NÃO EXISTAM NA SUCESSÃO OUTROS BENS SUJEITOS A INVENTÁRIO.

Edison Antonio Costa Britto Garcia
Edison Antonio Costa Britto Garcia
Presidente do INSS

Impresso pela Dataprev

FORM: CON53A

CORTE AQUI



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CERTIDÃO PIS/PASEP/FGTS

NOME		CTPS/IDENT.	CPF	PIS/PASEP	NUM. BENEFÍCIO
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA		0002999/00096	09590891446	1638633073-1	6266750760
ÚLTIMO EMPREGADOR		CGC	CERTIFICADO PARA OS FINS PREVISTOS NO PARÁGRAFO 1º DO ART. 4º, LEI COMPLEMENTAR No. 26 DE 11/02/75, LEI No. 6.858 DE 24/11/80 E PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 1º DO DECRETO No. 85.845 DE 26/03/81, QUE FOI CONCEDIDA A		
DEPENDENTE	VÍNCULO	DATA NASC.	APOSENTADORIA P/ INVALIDEZ		
			REQUERIDA EM 17/01/2019 INÍCIO BENEF. 17/01/2019		
			LOCAL E DATA RECIFE PE	07/02/2019	OL 15.0.01.160

ESTA CERTIDÃO TEM EFEITO PARA LEVANTAMENTO DE VALORES CORRESPONDENTES A:

a) PIS - PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL
b) PASEP - PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO PATRIMÔNIO DO SERVIDOR PÚBLICO
c) FGTS - FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO
d) QUANTIAS DEVIDAS PELO EMPREGADOR A SEU EMPREGADO EM DECORRÊNCIA DE RELAÇÃO DE EMPREGO.
e) RESTITUIÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA.
f) SALDOS DE CONTAS BANCÁRIAS, CADERNETAS DE POUPANÇA, FUNDO DE INVESTIMENTO, DE ACORDO COM LIMITES PREVISTOS EM LEI E DESDE QUE NÃO EXISTAM NA SUCESSÃO OUTROS BENS SUJEITOS A INVENTÁRIO.

Edison Antonio Costa Britto Garcia
Edison Antonio Costa Britto Garcia
Presidente do INSS

Impresso pela Dataprev

FORM: CON53A





PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

SEQ: 097599
DATA: 07/02/2019

NOME	OL	NB
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (NIT: 1638633073-1)	15.001.160	626.675.076-0

COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO **APOSENTADORIA POR INVALIDEZ (32)**
626.675.076-0 REQUERIDO EM **17/01/2019** COM RENDA MENSAL DE **R\$ 1.335,77** CALCULADA CONFORME ABAIXO.
COM INÍCIO DE VIGÊNCIA A PARTIR DE **17/01/2019**

CASO NÃO TENHA FEITO OPÇÃO PELO CRÉDITO EM CONTA CORRENTE OU POUPANÇA, COMPAREÇA A PARTIR DE **01/03/2019** NA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA INDICADA ABAIXO, MUNIDO, OBRIGATORIAMENTE, DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO APRESENTADO NO ATO DO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO, OS CRÉDITOS SUBSEQUENTES SERÃO EFETUADOS NO **1** DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

ORGÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA:

232528 - BRADESCO - CAMARAGIBE

AV. DR. BELMINIO CORREIA, 2230

TIMBI

VIA SEGURADO


Edison Antonio Costa Britto Garcia
Presidente do INSS

Caso essas regras não sejam observadas pelos bancos, você pode registrar reclamação na Ouvidoria-Geral da Previdência Social, pelo telefone 135.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16386330731

Número do Benefício: 6266750760

Espécie: 32

Número do Requerimento: 194555102

Ao Sr. (a): LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Endereço: RUA VEREADOR PETRUS CAMARA, SÍTIO DOS PINTOS

CEP: 52171445

Município: RECIFE

UF: PE

Assunto: Aposentadoria por Invalidez

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: concessão de Aposentadoria por Invalidez

Fundamentação Legal: Art. 42 da Lei nº 8.213/91 e Art. 43 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99

Conforme o disposto no art. 42 da Lei nº 8.213/91 e art. 43 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99, a Previdência Social comunica a concessão do benefício 6266750760, aposentadoria por invalidez, com data do início do benefício em 17/01/19.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) aposentado(a) por invalidez que retornar voluntariamente à atividade terá sua aposentadoria automaticamente cancelada, a partir da data do retorno, de acordo com o art. 46 da Lei nº 8.213/91.

Prezado(a) Senhor(a), para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.

Data, 17 de Janeiro de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CAMARAGIBE

Endereço: AV DOUTOR BELMINO CORREIA 2850 ,
TIMBI

CEP: 54768000

Município: CAMARAGIBE

UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal

