
Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200296675

Vítima: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Data do Acidente: 04/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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, contados 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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200296675 Vítima: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Data do Acidente: 04/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

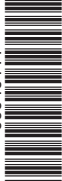
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
--------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 098.059.294-18 Nome completo da vítima: Jilardi de Oliveira Cruz

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

Nome completo: Jilardi de Oliveira Cruz CPF: 098.059.294-18
Profissão: Desempregado Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: PE CEP: _____
E-mail: renatomalheiros@outlook.com Tel.(DDD): (81) 99543-4554

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3220 CONTA: 32021 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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):

- ☐ 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 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 tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Recife, 12/08/2020.

Nome: _____

CPF: _____

Jilardi de Oliveira Cruz
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0114000098**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2020** às **13:43**

ROUBO A TRANSEUNTE - Dólso (Consumado) que aconteceu no dia **4/1/2020** às **01:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1001** - Bairro: **PEIXINHOS** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **52221-350** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CENTRO DA MODA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR \ AGENTE)
DESCONHECIDO 2 (SUSPEITO)
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

CELULAR: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

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

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DE OLIVEIRA** Pai: **ABELARDO JOSE VALERIANO CRUZ** Data de Nascimento: **20/7/1990** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8100164/SDS/PE (RG). 09805929418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO (OUTROS)** Telefones Celulares: **- 81 986178235**

Endereço Residencial: **RUA VITAL BRASIL, 224 - CEP: - Bairro: - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, RM FRENTE AO BAR CALDEC**

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

APARELHO CELULAR (CELULAR) de propriedade do(a) Sr(a): **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**, que estava em posse do(a) Sr(a) **JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ**,
Categoria/Marca/Modelo: **TELEFONIA MOVEL/LG/K8** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **NÃO SABE INFORMAR**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)** Valor Unitário: **180,00 (REAL)** Valor Total: **180,00 (REAL)**
Descrição: **CELULAR DA MARCA LG K8**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE POR VOLTA DA 01:00H DA MANHÃ QUANDO DESEMBARCOU DO ÔNIBUS NA AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, VINDO DA CASA DE FAMILIARES, FOI ABORDADO POR DOIS INDIVÍDUOS ARMADOS COM FACAS, OS QUAIS ANUNCIARAM, O ASSALTO AMEAÇANDO A VÍTIMA COM AS FACAS, OBRIGANDO A MESMA A ENTREGAR O APARELHO CELULAR E A CARTEIRA ONDE ESTAVAM SEUS DOCUMENTOS. RELATA QUE NO MOMENTO EM QUE OS MELIANTES TENTARAM PEGAR SUA CARTEIRA O MESMO NUMA ATITUDE DESESPERADA PARA FUGIR DOS ASSALTANTES, PULOU O GRADIL QUE DIVIDE AS FAIXAS DA REFERIDA AVENIDA, TENDO CAÍDO DO OUTRO LADO, MOMENTO EM QUE PASSAVA O AUTOMÓVEL E PASSOU EM CIMA DE SUA MÃO, CAUSANDO UMA LESÃO. INFORMA QUE NÃO PROCUROU ATENDIMENTO

MÉDICO NO MOMENTO POIS ESTAVA MUITO NERVOSO COM O OCORRIDO, PORÉM NÃO CONSEGUIU DORMIR DEVIDO À DOR NA MÃO E RESOLVEU VIR A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O FATO E EM SEGUIDA PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO NA UPA. DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

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

x *Jiliard de Oliveira Cruz*
JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE FREDERICO DE ANDRADE FERREIRA** - Matrícula: **2208652**
(Liberado em **04/01/2020** às **14:10**).



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 098.059.294-18 Nome completo da vítima: Jilardi de Oliveira Cruz

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

Nome completo: Jilardi de Oliveira Cruz CPF: 098.059.294-18

Profissão: Desempregado Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: PE CEP: _____

E-mail: renatomalheiros@outlook.com Tel.(DDD): (81) 99543-4554

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3220 CONTA: 32021 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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):

- ☐ 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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 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 tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 12/08/2020.

Nome: _____

CPF: _____

Jilardi de Oliveira Cruz

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

ROSILDA ESTEFANE BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DES CUNHA BARRETO 42

CPF 057.593.384-01 NIS 23849910721

BOA VISTA/RECIFE
RECIFE PE
50060-270

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
118731430	ÚNICA	20/07/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/07/2020	2002058458	2791580

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7032466570	07/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
27/07/2020	18/08/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	318,54

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,14178378	4,25
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,24305789	17,01
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,36458685	43,75
Consumo-TUSD superior a 220 kWh	214,0000000	0,40509650	86,69
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,12470736	3,74
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21378406	14,96
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,32087610	38,48
Consumo-TE superior a 220 kWh	214,0000000	0,35830678	76,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			32,51
ICMS Subvenção-CDE-NF 108788111-19/05/20			1,61
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,70

TOTAL DA FATURA

318,54

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3010106589	CAT	17/06/2020	34.361,00	20/07/2020	34.795,00	33	1,00000		434,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mes/Ano kWh

JUL 20 434

JUN 20 421

MAI 20 456

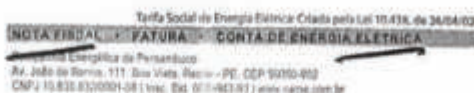


INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS 205,12	25,00	71,26
PIS 205,12	0,80	2,28
COFINS 205,12	3,23	10,63

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	92,71	32,51%
Transmissão	13,14	4,61%
Distribuição (Celpe)	69,12	24,24%
Perdas de Energia	22,18	7,78%
Encargos Setoriais	3,78	1,33%



FIEDADE/PRAZERES:
JABOTÃO DOS GUARARAPES PE
54410-010

CÓDIGO CONTRATO	MESAJE
7025325826	09/2019
CÓDIGO DE VERIFICACIÓN	UNA FOLIA DE PRECALIFICACIÓN
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR DEL	215.30

OT0081347	ONCA	2309 A.18
APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
23092018	20180506230	1842018

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Rum. Pública Municipal
ICMS Subvenc. 3a COE NF 070922626-34/1719

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
211,000000	0,7962320	168,004947
		11,7
		37,1
		1,1

215.90

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DATA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kW)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3818.8019	cat	21-06-2019	9 36030	23-06-2019	9 10430	30	1.00000		271,20

[illegible]

AIR 19	201		MATEMÁTICAS APLICADAS	
MAR 18	010		Cálculo diferencial	0.06100000

Foto: J. Cortez - Agência Brasil / Contraste

DISTRIBUIÇÃO DE PRODUÇÃO DAS INTERMEDIADORAS				
Intermediadora	Produção aproveitada em 2006	Produção em 2006	Produção em 2005	Produção em 2004
ONE	0,00	0,00	0,01	10,00
ONE	0,00	0,17	0,36	10,00
ONE	0,00	0,00	0,00	0,00
ONE	0,00	0,00	0,00	0,00

COTA CONTRATO	ESTADO	DIA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
00000000000000000000	SP	09/06/2018	215,30

83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-6



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/BIBLIOTECABWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fláudio de Oliveira Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.059.294 / 18, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Fláudio de Oliveira Cruz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 098.059.294 / 18, 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.

Endereço <u>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		Número <u>1551</u>	Complemento <u>Sala 01 - Térreo</u>
Bairro <u>Piedade</u>	Cidade <u>Jaracatins dos Guararapes</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>54410-010</u>
Email <u>renatomalheira@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99543-4554</u>

Recife, 18 de agosto de 2020
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

Atendimento: 1575877

Senha da Classificação:

Data e Hora: 04/01/2020 15:37

0228

Paciente: 321303 JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/07/1990 Idade: 29 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE OLIVEIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: NANTES

22

Bairro: SAO JOSE

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50090940

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86178235

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Doença em punho e mão @ 45-01/02 por
desconforto de flexão de punho

Exame Físico

musculatura @ suscapom

Hipótese Diagnóstico

Doença mão / punho @ *030106010-0*

Conduta Terapêutica

à mão / punho @

Ex. musculatura

Prescrição Médica

Diagnóstico co Linco muscular
Doença mão / punho @
Disinergia 100 + 100 de 550% de 12/12h
à mão punho.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: *Mão - ORTOPEDIA*

Senha: 5852762

Carimbo Médico

Dr. Ayrton Farias
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 23000



IMC 15,75
1575877

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/01/2020 17:38

	Nome Paciente:	JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ
	Cód. Paciente:	321303
	Data de Nascimento:	20/07/1990
	Sexo:	Masculino
	Idade:	29 anos
	Senhs:	0200
	Convênio:	"
Atendimento:	SAME:	

Período: 05/01/2020 17:39 - 05/01/2020 17:39

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAUMA EM MSD

Observação: RENOVAÇÃO DE PRONTUARIO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/01/2020 17:39

8.101.64 20.07/2000
 << JILARDI DE OLIVEIRA CRUZ >>
 << JILARDI DE OLIVEIRA CRUZ >>
 << MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA >>
 RECIFE - PE 20.07/1990
 CN 83461.720-279 CARA 200 DIA RECIFE - PE
 06.10.1990 >>

8.101.64 20.07/2000
 << JILARDI DE OLIVEIRA CRUZ >>
 << JILARDI DE OLIVEIRA CRUZ >>
 << MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA >>
 RECIFE - PE 20.07/1990
 CN 83461.720-279 CARA 200 DIA RECIFE - PE
 06.10.1990 >>



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

098.059.294-18

Nome

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

Nascimento

20/07/1990

CÓDIGO DE CONTROLE

4185.5F18.B4AB.908C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:32:51 do dia 11/08/2020 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232614/20

Vítima: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

CPF: 098.059.294-18

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/01/2020

Titular do CPF: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ : 098.059.294-18

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: 19/08/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Juliani de Oliveira Cruz
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 8.100.164 S05-PE
CPF: 098.059.294-18
Profissão: Desempregado
Endereço: R. Des. Cunha Barreto, nº 42 - Boa Vista - Recife-PE / CEP: 50060-270
CEP: 50060-270
Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CÉSAR M. CAVALCANTI
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 6162609 SSP-PE
CPF: 039.232.004-55
Profissão: ADVOGADO
Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO, 1551, SALA 01, TERREO, PIEDADE I
CEP: 54410-010 TABOATÃO DOS GUARARAPES-PE
Telefone: (81) 99543-4554

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: Juliani de Oliveira Cruz

Recife, 12/08/2020.

Local e data

Juliani de Oliveira Cruz

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232614/20

Vítima: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

CPF: 098.059.294-18

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 04/01/2020

Titular do CPF: JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

JILIARDI DE OLIVEIRA CRUZ : 098.059.294-18

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: 19/08/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos