
Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO
Nº Sinistro: 3180528870
Vítima: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO
Data do Acidente: 31/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180528870**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180528870

Vítima: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

Data do Acidente: 31/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLA MARIA FIRMINO MELO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

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

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	35137720410	José Josimaldo dos Santos Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Josimaldo dos Santos Nascimento	CPF titular da conta 35137720410	Profissão Recepcionista
Endereço Rua São Geraldo	Número 669	Complemento
Bairro Bom Conselho	Cidade Belo Horizonte	Estado PE
Email	CEP 55150 000	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0773	D/V	CONTA NRO. 036829	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Belo Horizonte, 05 de setembro de 18

Local e Data

ARUANA SEGURO
09 NOV 2018

José Josimaldo dos Santos Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
DIVIDORIA 0800 726 7474

214-49679101-7

02/AGR/2018 HORA DF 10:57:00

TERM: 036896

LOT: 15.07183-3

LOCALIDADE: BELO JARDIM

AG. VINCULADA: 0773

CONTROLE: 004455392

DEPOSITO EM DINHEIRO

0773 013 00036829-1

JOSE J SANTOS NASCIMENTO

VALOR

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECEIJO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

214-496779101-7

1a VIA

ARUANA SEGUROADORA
09 NOV 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
UNIDADE MOVEL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 1.BE2090002405

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/10/2018 às 05:01

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuioso (Consumado) que aconteceu no dia 31/5/2018 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 1, BR 252 - Bairro: COHAB I - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

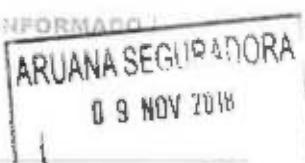
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino MRS MARIA M. DOS SANTOS Pai: JOSE FRANCISCO NASCIMENTO Data n.: Nascimento: 19/3/1963 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA SAO GERALDO, 669 - CEP: 0 - Bairro: BOM CONSELHO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO
PERNAMBUCO / BRASIL



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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN M/C ESI Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFE4275 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 466E 71869 Chassi: 9C2KC1670CR54211
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCO/GASOL.

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DE CONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: OYM8508 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

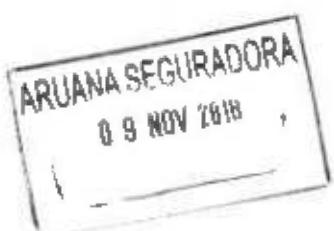
Complemento / Observação

NARRA A QUE VÍTIMA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA BR 232 COM DESTINO AO "POSTO DO PERNALTO", QUANDO EM FRENTE À ENTRADA DA CIDADE UMA OUTRA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR DESCONHECIDO ATRAVESSOU NA FRENTE DA SUA MOTOCICLETA ÁO PODENDO DESVIAR DELA E COLIDINDO. POR OCASIÃO DA QUEDA A VÍTIMA SE LESIONOU CONFORME FICHA MÉDICA ANEXA E CONFORME CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° DOF 028/18 ORIGINDA DO 2º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

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

JOSE JOSIRALDO DOS SANTOS NASCIMENTO
JOSE JOSIRALDO DOS SANTOS NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE DE ASSIS SILV - Matrícula: 320337-9



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Jose Jerinaldo dos S. Nascimento CPF da Vítima Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Belo Jardim, 05 de setembro de 18.

Local e Data

ARUANA SEGURADORA

09 NOV 2018

Jose Jerinaldo dos S. Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

COInter/1 - 2º Grupamento de Bombeiros

Belo Jardim-PE, 11 de junho de 2018.

Adriano Marçal Gouveia Lima - Cap QOC/BM
Comandante da 5ª SB

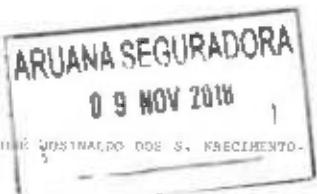


CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° DOP 028/18

O Comandante da 5ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por requerimento do **Srº José Josinaldo Dos Santos Nascimento**, RG nº 2468956 SSP-PE, CPF nº 351377204 10, residente na Rua: São Geraldo, nº 669, Bairro: Bom Conselho, Belo Jardim - PE, **CERTIFICA** que, de acordo com a Ordem de Serviço Operacional nº 1986, foi deslocada a viatura AR 403 da 5ª seção de Bombeiros, Belo Jardim - PE, às 08h45min do dia 31 de maio de 2018, para atender uma ocorrência de **COLISÃO DE MOTOCICLETAS**, ocorrida na BR 232, s/n, Bairro: Viana, Moura, Belo Jardim - PE, envolvendo uma motocicleta HONDA FAN 125, cor Preta, placa OYM 8508 - PE, Motocicleta HONDA/CG FAN 150, cor preta, placa PFE 4275-PE vitimando o requerente que estava como condutor da moto HONDA/ CG FAN 150 ESI, cor preta, placa PFE 4275 PE, o mesmo apresentava escoriações e ferimentos nos membros superiores e inferiores..

Após os procedimentos de Atendimento Pré Hospitalares, a vítima foi conduzida ao Hospital Julio Alves de Lira (HRBJ), ficando sob os cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o profissional médico Sevilla Lorena, CRM 20199.

A presente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo Comandante da 5ª Seção de Bombeiros e pelo Comandante da Unidade (2ºGB). 3º Sgt BM Mat 940467-8 Julio Cesar Lourenço De lima graduado de dia da 5ª SB,



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: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00773

CONTA: 000000036829-1

Nr. da Autenticação D20B982D8D27EAD7

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Sosinaldo dos Santos nascimento

RG nº 2468 956, data de expedição 26/06/18, Órgão SSP-PE

CPF nº 351377.204.10, 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 São Geraldo</u>
Número	<u>669</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bom Conselho</u>
Cidade	<u>Belo Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55150 000</u>
Telefone de Contato	<u>81 991686771</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Belo Jardim 03/10/18

Assinatura do Declarante: José Sosinaldo dos Santos nascimento



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 115
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 0800 282 5589
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA MADALENA DOS SANTOS NASCIMENTO
CPF: 849.599.944-68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO GERALDO 668
BOM CONSELHO/BELO JARDIM
55150-000 BELO JARDIM PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
16/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

77,60DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
08/11/2018DATA DA APRESENTAÇÃO
08/11/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL
038171103CONTA CONTRATO
007004121656Nº DO CLIENTE
2010811238Nº DA INSTALAÇÃO
0000296083

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E041.665D.B156.1A8F.1FD3.6D5F.49CA.F1D5

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Aduv(kWh)	90,00	0,73645862	66,28
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,32
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,70
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,82
ICMS Subvenção-CDE-NF 030577438-08/09/18			0,48
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8950 0800 031 8989			3,00
TOTAL DA FATURA			77,60

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR
71,30	25,00	17,82	71,30	6,74	0,62	71,30	3,44	2,48

Tarifas Aplicadas:

Consumo Aduv(kWh) 0,62150000

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

NOV 19		90
OUT 18		95
SET 18		73
AGO 18		83
JUL 18		78
JUN 18		80
MAI 18		94
ABR 18		98
MAR 18		105
FEV 18		98
JAN 18		30
DEZ 17		30
NOV 17		35

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

ITEM	VALOR	%
Gerador de Energia	23,11	32,42
Transmissão	3,28	4,68
Distribuição (Celpe)	15,34	21,91
Encargos Sociais	3,65	5,54
Tributos	20,78	28,18
TOTAL:	71,30	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Set/2018					
DIC-No de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	5,67	11,34	22,88
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,38	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,20	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico				Límite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de uso - R\$ 24,77					

Todo Consumidor pode solicitar a apuração das Indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
V08068	CAT	08/10/2018 15.898,00	08/11/2018 15.798,00	31	1.00000	0,00	90,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/12/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ramalho center: rua clóvis campelo 54 centro / raquel pires de lima

033716784: r clóvis campelo

Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mês

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ESTAMPA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	10/11/2018
Este carimbo será usado em leitura ótica.	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
http://www.007004121656.celpe.com.br	10/2018	DCS_LUCES_By nome-neg Ogw-8801620/servlet/login.necan	10/11/2018	CONFIRAR CONTA DE PAGAMENTO

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLA MARIA FIRMINO MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.723.044-29 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 351.377.204-10 / _____, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 351.377.204-10 / _____, 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 RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA	Número 37	Complemento GARAGEM
Bairro BOA VISTA	Cidade BELO JARDIM	Estado PE CEP 55150-020
Email carlafirminomelo@hotmail.com	Telefone comercial (DDD) (81) 9.9569-0261	Telefone celular (DDD) (81) 9.9168-6771

BELO JARDIM 29 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Carla Maria Firmino Melo

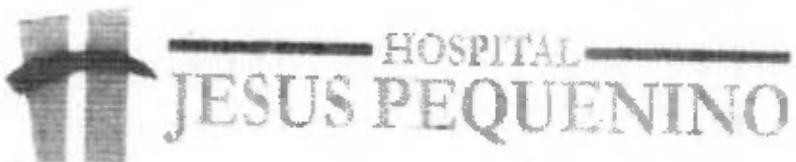


Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF		
	Nome: <u>José Geraldo Bento Nascimento</u>		55 anos		
	Data de Nascimento: / /		Sexo: <u>M</u>	Cor: _____	Estado Civil: _____
	Naturalidade: _____		Profissão: _____		
	Endereço: <u>R. São Geraldo, 669, Bom</u> <u>Leme</u>		Telefone: _____		
	Procedência: _____		_____		
RESPONSÁVEL	Responsável: <u>0 mes</u>		Parentesco: _____		
	Endereço: _____		Fone: _____		
	Trazido por: <u>PF</u>		_____		
	Endereço: _____		Fone: _____		
	Local do Acidente: _____		Data: / /		Hora: _____
	NATUREZA DO ACIDENTE		<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão		
OCORRÊNCIA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico		_____		
	História da Doença Atual: <u>Paciente vítima de incidente de moto há + 20 mins.</u> <u>Refere dor em punho (E) + antebraço (D) + cefaleia. Apresenta lesão</u> <u>constante em frente (D)</u>				
	<u>Alergias: Ø</u>				
	EXAME - FÍSICO				
	Pressão Arterial: _____		P脉: _____		Temperatura: _____
	Peso: _____		_____		
<u>EtoB₂ cote, hidratado</u> <u>SN: Glasgow P: 4 + 5 + 6 = 0 (15)</u>					
<u>ARUANA SEGURO DIA</u> <u>09 NOV 2018</u>					
Diagnóstico Provisório: <u>Trauma</u> <u>D</u> <u>Lida Roche</u>					

Data	Hora	Evolução Clínica e Prescrição Médica	Relatório de Enfermagem
10/05/13	12:17	<p>① Soluta ex punho (E) + antebraço ② + punho (E)</p> <p>③ Dipirona 1 amp + AD EV</p> <p>④ Tramal 1 amp + 100ml SED 9% a/</p> <p>⑤ Sutura</p> <p>André Felipe Nascimento Médico CRM/PE - 24554</p>	
12:17		<p>Rx: fratura em rádio distal (E)</p> <p>cp: ① Comprimento suficiente, estável hemodinamicamente, discuto cura com familiares, transferência para avaliação Ortopedia na UPA Caruaru.</p> <p>② Imobilização temporária punho E</p> <p>André Felipe Nascimento Médico CRM/PE - 24554</p>	

CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA	
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica	
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado		<input type="checkbox"/> Alta Pedida	
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	<input type="checkbox"/> Transferência	
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	<input type="checkbox"/> Indisciplina	
Transferido para:		En: _____ / _____ / _____	
Diagnóstico Definitivo:		Hora: _____	
Observação:			
Data: _____ / _____ / _____		MÉDICO CREMEPE Carimbo	



NOME: Dr. Josevaldo de Souza

REG.: 119 685

DATA DE NASCIMENTO: 19 / 03 / 1963

DATA DA CIRURGIA: 09 / 06 / 10

DIAGNÓSTICO: Fratura metáfise da cana
- Tibial - fratura aberta

TRATAMENTO: Lisfranc e placa e fios

DATA DO RETORNO: 18 / 06 / 10

MOTIVO DO RETORNO: Revisão metáfise
Fráx - 1ºº curado e cicatriz

Dr. E. de Souza

*Dr. Marikona V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980*

ARUANA SEGURADORA
09 NOV 2010



NOME: João Neriônio Costa

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura Plântar esquerda CID-10: S 526 foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 07/09/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Prótese fixa cirúrgica
Uma est. Básica 1/8
Localizada prox. rodante da pér.
Bezerros, 23,07/18 Salle: 01/09/18

João Neriônio V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

ARUANA SEGURADORA

09 NOV 2018



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **351.377.204-10**

Nome: **JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO**

Data de Nascimento: **19/03/1963**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

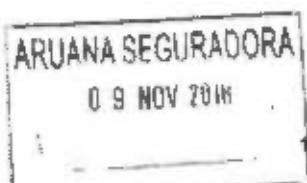
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:08:47** do dia **09/11/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **5179.9AA1.0875.9F01**

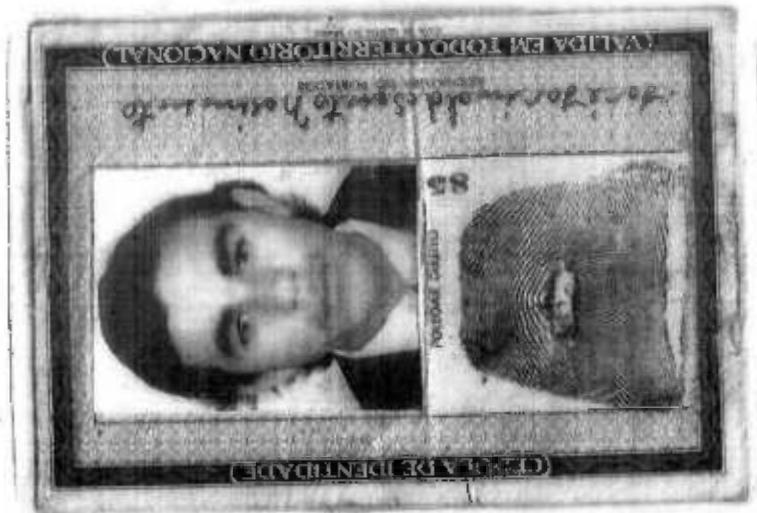
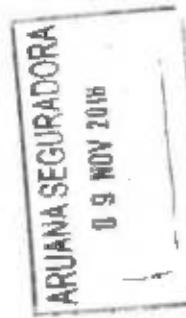


Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)









MUANA SEGURADORA
09 NOV 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - 099 RENAVAM - H.NTRG - EXERCÍCIO -
1 466971869 ***** 2018

NOME - JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

BELO JARDIM - PE 0

CPF / CNPJ - 351.977.204-10 PLACA - PFE4275

PLACA ANT. / UF - ***** / PE N.º CHASSI - SC2KC1670CR542211

ESPECIE TIPO - PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL - ALCO/GASOL

MARCA / MÓDÉLO - HONDA/CG 150 PAN ESI ANO FAB - 2012 ANO MOD - 2012

CAP / POF / CIL - 29/149CL CATEGORIA - PARTIC COR PREDOMINANTE - PRETA

COTA ÚNICA -	VENC. COTA ÚNICA -	VENC / COTAS -
IPVA 2018	QUITADO	1* *****
IPVA	PARCELAMENTO / COTAS -	2* *****
A	*****	3* *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO -
SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES - SEM RESERVA

25/04/18

Charles Andrade Souza Nogueira
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE N° 013727090439 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

ENTO 0
EXERCÍCIO - 2018 DATA EMISSÃO - 25/04/18

VIA - 099 RENAVAM - MARCA / MÓDÉLO - HONDA/CG 150 PAN ESI PLACA - PFE4275

466971869 N.º CHASSI - SC2KC1670CR542211

CUSTO DO SEGURO (R\$) -
CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - 100% SER PAGO PELO SEGURO/DPVAT
SEGURADO PAGO PAGAMENTO - DATA DE CUPAÇÃO -

COTA ÚNICA - PARCELADO -
CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - 100% SER PAGO PELO SEGURO/DPVAT
SEGURADO PAGO PAGAMENTO - DATA DE CUPAÇÃO -

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-44

DESTEQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DE PORTO OBRIGATÓRIO.

ARUANA SEGURADORA

09 NOV 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180528870 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO E URNA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (NEURÓLISE, DEBRIDAMENTO, FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO -

VÍTIMA JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

DATA DO ACIDENTE 31/05/2018

CPF DA VÍTIMA 351.377.204-10

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLA MARIA FIRMINO MELO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É **PROCURADORA**

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA NUMERIANO ALVES BEZERRA

Nº 37 COMPLEMENTO GARAGEM BAIRRO CENTRO

CIDADE BELO JARDIM UF PE CEP 55150-020

E-MAIL carlafirminomelo@hotmail.com TELEFONE (81) 991686771

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MÓRTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ARUANA SEGURADORA

DATA

09 NOV 2018

NOME

José

ASSINATURA

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2018 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

Jencimento: 20/02/2018

BILHETE PAGO EM: 22/01/2018

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PE/PFE-4275
CHASSI Nº:	9C2KC1670CR542211
RENAVAM:	00466971869
NOME DO PROPRIETÁRIO:	JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 9 de Novembro de 2018



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1598 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0408485/18

Vítima: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIME

CPF: 351.377.204-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/05/2018

Titular do CPF: JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLA MARIA FIRMINO MELO : 076.723.044-29

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

JOSE JOSINALDO DOS SANTOS NASCIMENTO : 351.377.204-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2018
Nome: CARLA MARIA FIRMINO MELO
CPF: 076.723.044-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

CARLA MARIA FIRMINO MELO

Josyelli de Oliveira Cabral