



Número: **0019053-32.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
COSME JOSE DE SOUZA (AUTOR)		DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO (ADVOGADO) CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75079937	11/02/2021 16:10	ANEXO 1	Outros (Documento)



Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DE AVIÃO DE FREITAS
C.O.C. 09.794.975/001-56



DECLARAÇÃO

Recife, 07 de Maio de 2019

Declaramos para os devidos fins que o Sr. Cosme José de Souza, Prontuário Médico nº1083465, esteve internado na Clínica de Traumatologia/Ortopedia nesta Unidade de Saúde, admitido no dia 30/03/19 às 17h37min. Recebeu alta hospitalar em 10/04/19.

Cordialmente,

Alexandre Jorge P. de Mello Junior
SAME - ARQUIVO
Mat.: 232.791-0
HOSP. OTÁVIO DE FREITAS - PE

As informações contidas neste documento foram transcritas do Sistema de Admissão de Pacientes – SOULMV, não do Médico Assistente e sim do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento/internamento hospitalar para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Rua Aprígio Guimarães, S/N – Sancho - Recife - PE CEP 50.920-640
Fone: 81 - 3182 – 8598





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

COSME JOSE DE SOUZA

9- SEXO

MASCULINO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1083465

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

MARINETE ALVES DE LIMA

7- (CNS)

706708547510912

8- DATA DE NASCIMENTO

27/09/1967

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 88889710 | Celular: 81.

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA QUATRO DE OUTUBRO, N.º 32 - : BAIRRO: CAVALEIRO - CIDADE: JABOATÃO DOS GUARARAPES - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RX = FRATURA EXPOSTA OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 35- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

29- CPF OU CNIS / 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR)

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM: Nº. 27896

02314254309

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

30/03/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBDR

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- COD ORGAO EMISSOR

46- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

48- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR



Atendimento: 3315963

Dt Atendimento: 30/03/2019 - 20:19

Dt Alta: 10/04/2019 - 09:57

Paciente: 1083465 COSME JOSE DE SOUZA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 122 TRAU 05-01 - POSTO I

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: EDINEIDTSF

Diretor Clínico:

CID:

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:19:20

ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:19:20

ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:19:20

ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:19:20

ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:19:20

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Carneiro José de Fátima
Reg.: 1083465 Enf.: 05 Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 30/03/19 DATA DE SAÍDA: 10/04/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fx exposto do úndulo
distal da E.

DIAGNÓSTICO FINAL: O tumor

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): Pct. subido e
uso de analgésico de fr. e RAFI em
o tempo cirúrgico (placa em T + 2
h). Anestesia si com sucesso.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: Ortop - mão
PARA CONTROLE EM 21 dias

Dr. José Coelho Fortes
Ortopedia Traumatologia
CRM 27880

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

105-HGOF





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Antônio Cordeiro de Mello Junior

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 30 (trinta) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Fratura exposta do osso metacarpo

d) Tratamento

RAFI + placa eui T p/ fixação (unidade)

Deverá retomar ao Ambulatório de: Osteoartroplastia - mão

Com 01 dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

UDF
HOSPITAL/AMBULATÓRIO

Recife, 30/01/20
LOCALIDADE/DATA

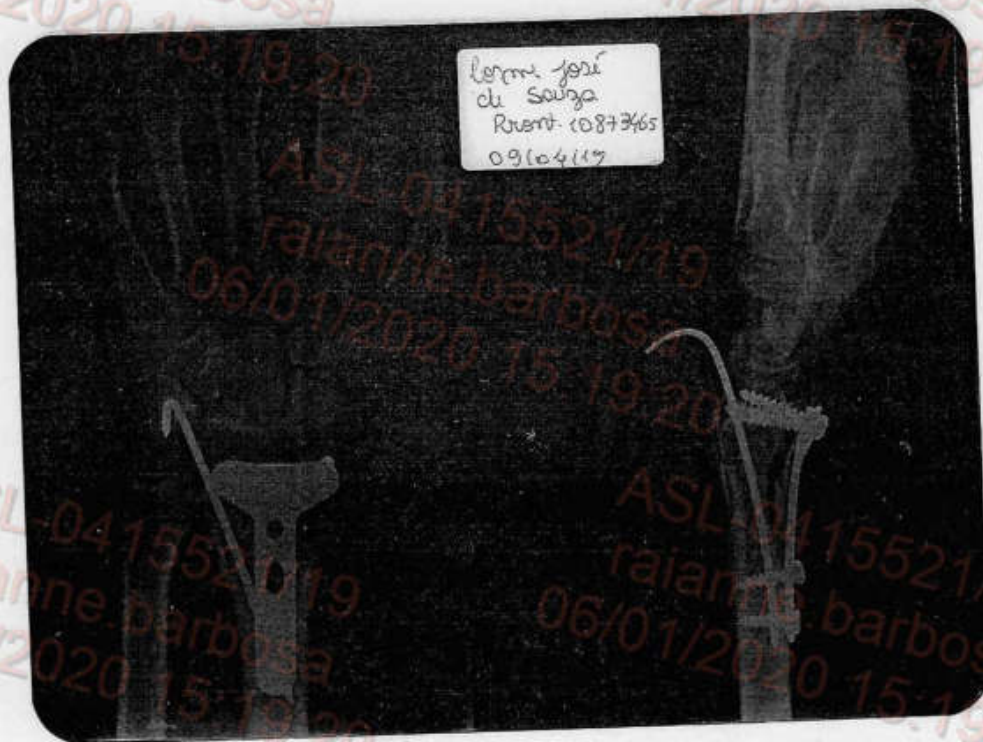
ATESTO AINDA QUE O PACIENTE FOI
ADMITIDO NO SERVIÇO NO DIA

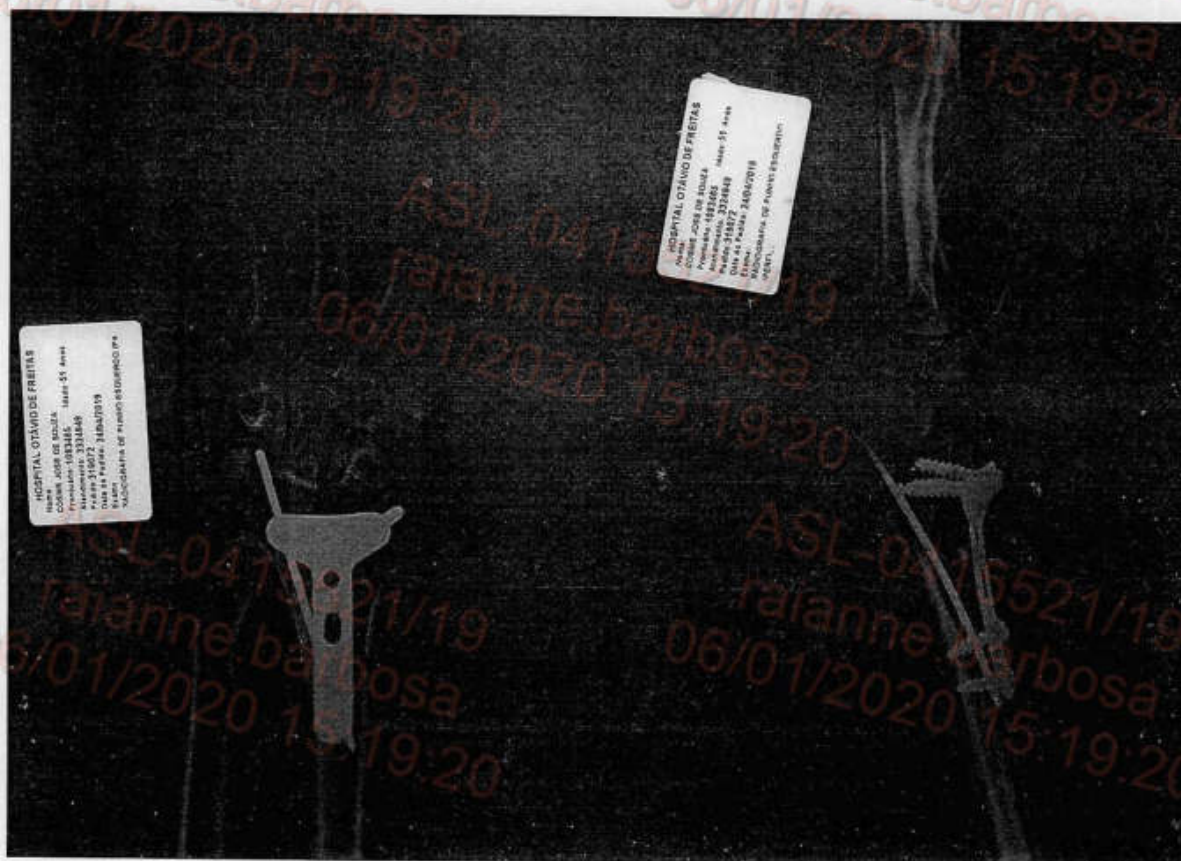
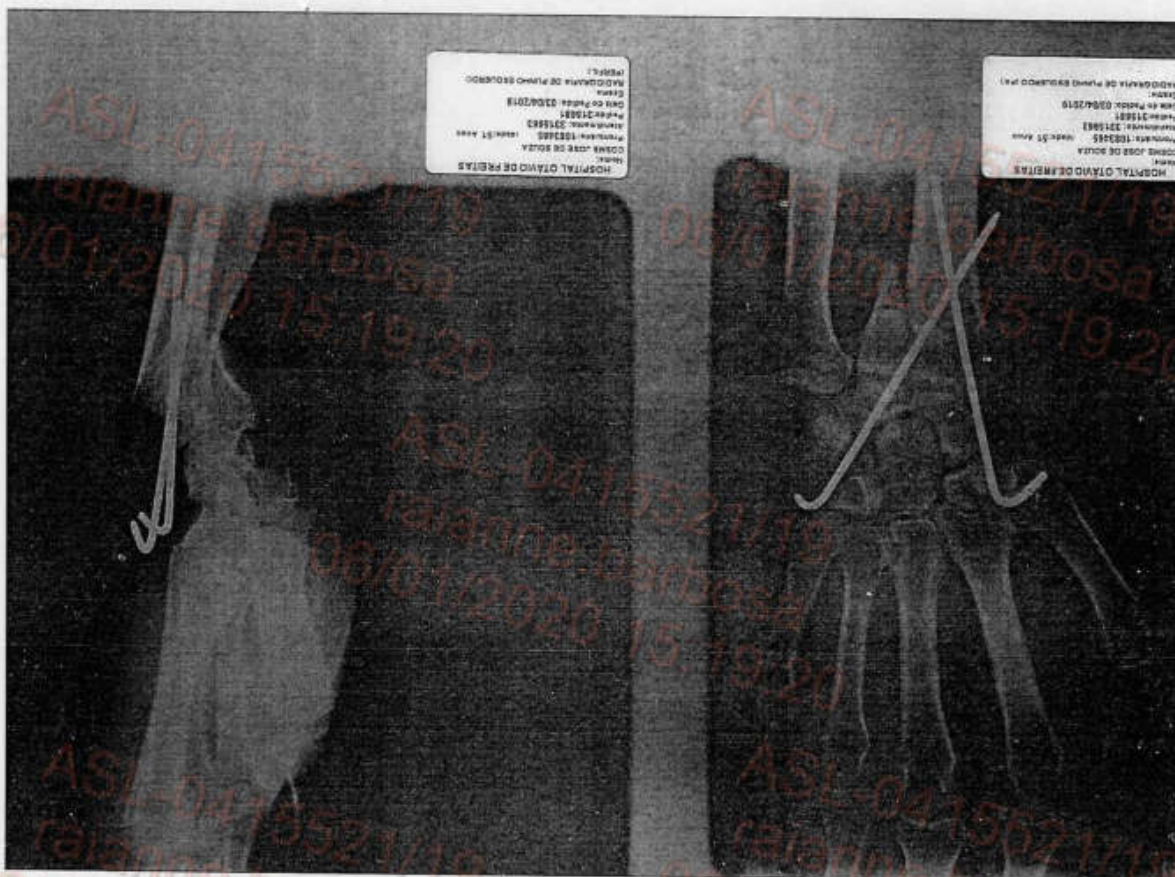
Ass. do Médico - CRM N.º

Antônio Cordeiro de Mello Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27890

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO
130-HGOF







ASL-0415521/19
raianne.b
06/01/2020

ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:19:33

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PASSAPORTES
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
COSME JOSE DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2937025 SSP PE

CPF
477.064.064-15

DATA NASCIMENTO
27/09/1967

FILIAÇÃO
CLOVIS JOSE DE SOUZA
MARINETE ALVES DE LIMA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04755053258

VALIDADE
25/02/2024

1ª HABILITAÇÃO
16/09/2009

OBSERVAÇÕES
A

Cosme José de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
26/02/2019

Roberto Fontelles
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

48262844245
PE090980280

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1759303646

PROIBIDO PLASTIFICAR
1759303646

ASL-0415521/19
raianne.b
06/01/2020

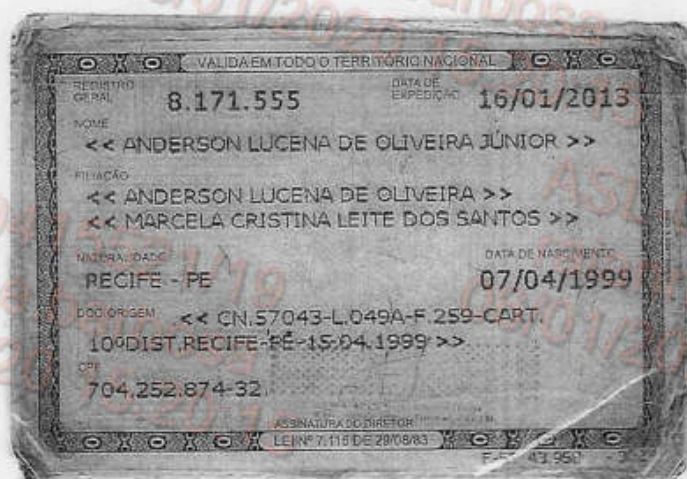
ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:19:33

ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:19:33

ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:19:33

ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:19:33





[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU LIAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 014484854151 BILHETE DE SEGURO DPVAT

COSENE JOSE DE SOUZA

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

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

Exercício 2019 DATA EMISSÃO 08/05/19

DAE GUARAPUÉS-PE

VIA 477-064-064-16

CPF/IDM

PLACA B5956763

FAHCAI MODELO

HONDA NXR150 BROZ E3

592115491

Nº CHASSI

ANO FAB 19

ANO INV 19

942KDD0550DR377994

PRÊMIO TARIFARIO

DEBITAR (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05

FMS (R\$)

4,01

TOTAL DEVIDENDO SEGURO (R\$)

84,58

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0,32

DATA DE QUITACAO

08/04/19

PAGAMENTO

PARCELADO

R1 OUTRA UNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.500/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO SERÁ PODERÁ OBRIGATORIO.

11/2019



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Antônio YVES de Mello

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = 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) = RENDIMENTO ATÉ R\$ 2.700,00 (REMBOLSO). 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 Antônio YVES de Mello

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 25/11/19NOME Robsonelle E.

ASSINATURA _____



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000530 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^ª. COSME JOSE DE SOUZA, 51 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 2937025 SSP PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 477.064.064-15, residente à RUA 4 DE OUTUBRO, nº 32, , CAVALEIRO, JABOATAO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/03/2019, por volta das 17:01 hs, no endereço: AV. DR. JOSE RUFINO, S/N, BARRO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA VERDE PGS6769-PE ; AUTOMOVEL AUDI CINZA PCH7523-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^ª COSME JOSE DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 477.064.064-15 e Registro Geral ° 2937025, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798259-3 GAUDENCIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1083465. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 03/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000530

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Cosme José de Souza

Nacionalidade: brasileira

Est. Civil: solteiro

Profissão: chapeleiro

Identidade: 2.937.025

CPF: 477.064.064-15

Endereço: Rua Quatro de Outubro nº 32 Cavaleiro

Cobertura: Invalidez

Data do Acidente: 30/03/2019

PROCURADOR:

Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO

Identidade: 8.171.555 SDS/PE

CPF: 704.252.874-32

Endereço: RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvt.

Recife 21-11-2019
Local e data



Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Notas - Rua São Miguel, 118 - Fone: 3426-1357
www.cartoriodeafogados.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
COSME JOSÉ DE SOUZA

que confere c/ o padrão reg. neste Cartório. Dou fé,
Recife, 21 de novembro de 2019 14:47:15.



Em testemunho

da verdade

Edilson Silva Braga, (Escrivente Autorizado)

Endereço: Rua da Aurora, 118 - Fone: 3426-1357 - Recife/PE

Selo: 0077503.FPK10201904.04905

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005238/20

Vítima: COSME JOSE DE SOUZA

Data do acidente: 30/03/2019

CPF: 477.064.064-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSME JOSE DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

COSME JOSE DE SOUZA : 477.064.064-15

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: 06/01/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 477.064.064-15 4 - Nome completo da vítima: Cassine Jose de Souza

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

5 - Nome completo: Cassine Jose de Souza 6 - CPF: 477.064.064-15

7 - Profissão: chapeiro 8 - Endereço: Rua quatro de outubro 9 - Número: 32 10 - Complemento:

11 - Bairro: Cavalheiro 12 - Cidade: Jaboatão 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54210-320

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9 8804-5010

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3208 S CONTA: 2933243 6 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Indicação legítima da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Recife, 28 de novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC
DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0102001557**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/05/2019** às **09:30**

Complementa o BO Número: **19E0102001233**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **30/3/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR JOSÉ RUFINO, 1** - Bairro: **BARRO** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
COSME JOSE DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): COSME JOSE DE SOUZA

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

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

COSME JOSE DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINETE ALVES DE LIMA** Data de Nascimento: **27/9/1967** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA QUATRO DE OUTUBRO, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAVALEIRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **COSME JOSE DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **COSME JOSE DE SOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGS6769** (PERNAMBUCO/JABOATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: **592116441** Chassi: **9C2KD0550DR377994**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MODELO NXR 150 BROS ES**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/AUDI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



Cor: **CINZA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PCH7523** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

REALTA A VITIMA QUE ESTAVA DIRIGINDO SUA MOTOCICLETA DE PLACA PGS-6769, QUANDO O VEICULO AUDI ACIMA DESCRITO SAIU DE UMA TRANSVERSAL E AO ENTRAR NA AV. JOSE RUFINO ATINGIU SUA MOTOCICLETA JOGANDO-A AO SOLO. SEGUNDO O QUEIXOSO, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO GBAPH LQUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO.

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

Cosme Jose de Souza
COSME JOSE DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **NAIR VASCONI LUNA** - Matrícula: **350469-7**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0102001233

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/04/2019 às
11:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 31/3/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA DOUTOR JOSÉ RUFINO,
BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
COSME JOSE DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

COSME JOSE DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARINETE
ALVES DE LIMA Data de Nascimento: 27/0/1967 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA QUATRO DE OUTUBRO, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro:
CAVALEIRO - JARUATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): COSME JOSE DE SOUZA, que
estava em posse do(a) Sr(a): COSME JOSE DE SOUZA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: VERDE - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGG6768 (PERNAMBUCO/JARUATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: 992116441 Chassi:
9C2KD0558DR577334



Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: MODELO MXR 150 EROS ES

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse
do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/AUDI/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCH7523 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

REALTA A VITIMA QUE ESTAVA DIRIGINDO SUA MOTOCICLETA DE PLACA PGG-6768,
QUANDO O VEICULO AUDI ACIMA DESCRITO SAIU DE UMA TRANSVERSAL E AO
ENTRAR NA AV. JOSE RUFINO ATINGIU SUA MOTOCICLETA JOGANDO-A AO SOLO.
SEGUNDO O QUEIXOSO, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO GRAPH IQUE O CONDUZIU
PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO.

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

Gasme José de Souza
GASME JOSE DE SOUZA
(VITIMA)

S.O. registrado por: WELLINGTON GILENO DE NOVAES - Matrícula: 224147-5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 477.064.064-15 4 - Nome completo da vítima: Osmane José de Souza

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

5 - Nome completo: Osmane José de Souza 6 - CPF: 477.064.064-15

7 - Profissão: chauffeur 8 - Endereço: Rua quatro de outubro 9 - Número: 32 10 - Complemento:

11 - Bairro: Cavalheiro 12 - Cidade: Jaboatão 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54210-320

15 - E-mail: — 16 - Tel. (DDD): (81) 9 8804-5010

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3208 S CONTA: 2933243 6 AGÊNCIA: — CONTA: —
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Indenização
segunda
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: —
CPF: —
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: —
CPF: —
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Rio de Janeiro, 22 de novembro de 2019.

Osmane José de Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



HiperCard

00023726

COSME JOSE DE SOUZA
R QUATRO DE OUTUBRO 32
54210-320 JABOATÃO DOS GU - PE

PC-00

021119

Postagem: 02/11/2019
Vencimento: 15/11/2019
Emissão: 01/11/2019
Fechamento próxima fatura: 01/12/2019

Titular **COSME JOSE DE SOUZA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.0205**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

15/11/2019

A) pagamento total

1.221,44

B) pagamento mínimo

189,66

C) parcelas fixas

109,68
+23x 109,68

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito **3.530,00**
Limite utilizado no mês **1.221,44**
Retirada de recursos País(saque) **170,00**

Veja outras opções na 2. folha

Pagamentos efetuados

DATA		VALOR EM R\$
15/10	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 430,00
15/10	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 480,88
15/10	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 400,00
Total dos pagamentos		- 1.310,88

Lançamentos: compras e saques

COSME JOSE DE SOUZA (final 0205)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
20/03	MAGAZINE LUIZA COM08/09	211,10
20/03	FRANCA	
20/03	CARREFOUR COM 08/09	88,90
	EMBU	
18/04	AMERICANAS COM 07/08	49,25
	RIO DE JANEIR	
04/05	MercPag**MERCADOLIV05/06	133,20
	OSASCO	

Continua...



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75348 80660.012040 00173.090002 2 000

Número do Documento

0013480600/0122370

Nome do Pagador/CNPJ

COSME JOSE DE SOUZA - 477.064.064-15

Nosso Número

1753480600-1

Valor do Documento

R\$ 1.221,44

recibo do pagador



MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
JUL/2019
CÓDIGO MINHA OI
401737543654

VENCIMENTO
02/08/2019
Emissão em 15/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
184,18



CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE



7200039896 00000 00000000000 10 150719

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

119,85

OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS
CPF: 089.767.654-01
NÚMERO DO CLIENTE: 2210754413
NÚMERO DA FATURA: 210159434
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Lucena de Oliveira Junior

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.252.874 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Perme Jose de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 477.064.064 15

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Perme Jose de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 477.064.064 / 15, 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>Rua Dr Adeliuo Filho</u>	Número: <u>408</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Botumeia</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	Tel.(DDD): <u>(85) 9 529-6651</u>	

Local e Data: Recife, 22 de novembro de 2019.

Anderson Lucena de Oliveira Junior
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017

