

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA**

Nº Sinistro: **3180392134**

Vitima: **ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA**

Data do Acidente: **13/03/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180392134**.

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**

Carta nº 13293424



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA**  
Nº Sinistro: **3180392134**  
Vitima: **ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA**  
Data do Acidente: **13/03/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180392134**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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**

Carta nº 13293891



---

**Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180392134**

**Vítima: ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA**

**Data do Acidente: 13/03/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 0500 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 inconsistentes poderão resultar na **SABEMI SEGURADORA S/A** de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e 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 deve ser assinado pelo 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

051.842.804-04

ANDRE LOMES DA SILVA LUCENA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
ANDRE LOMES DA SILVA LUCENA		051.842.804-04		AGRICULTOR	
Endereço		Número		Complemento	
RUA OTACILIO TOMÉ		514			
Bairro		Estado		CEP	
CENTRO		PARAIBA		58.850-000	
Email				Telefone (DDD)	
				(83) 999746322	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

BRADESCO

Nº

237

AGÊNCIA

1042-1

CONTA

1923-2

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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 Líder 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.

POMBAL-PB, 23 de JULHO de 2018

Local e Data

André Lomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil  
18ª Delegacia Seccional de Polícia  
Delegacia de São Bento  
Fone (83) 3444-2804 Disque Denúncia 197



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SABEMI SEGURADORA S/A



23 AGO 2018

RECEBIDO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 280/2016

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 13/03/2016 hora: 17h:00min

Notificante: ANDRÉ GOMES DA SILVA LUCENA, alcunha "ANDRÉ",  
Nacionalidade: brasileiro, solteiro, agricultor, naturalidade:  
Pombal/PB, nascido em 28/10/81, documento: RG nº 2424676  
SSP/PB, CPF nº 051.812.804-04, filho(a) de Anronio Gomes da Silva e  
de Maria das Neves Gomes Lucena, endereço: Rua Otacilio Tome, s/n,  
Centro, Paulista/PB, referência: telefone para contato 83-99613  
6455.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): HOMERO PERAZZO FILHO

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,  
naturalidade: , idade: \*\*, nascido em  
/ / , cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: \*\*\*\*\*,  
Profissão: , Escolaridade: \*\*\*\*\*, documento: ,  
filiação: e de , endereço: \*\*\*\*\* , referência:  
Tel/Cel:( ) ;

#### HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data 13/03/16 o noticiante guiava a motocicleta modelo Honda CG 150 Titan, placa QFD 1007/PB, cor vermelha, chassi 9C2KC1660ER045901, registrada em nome de RICARDO FERNANDES NOGUEIRA, RENAVAM 0105515145-9, quando nas proximidades do Sítio Queimadas, Zona Rural de Paulista/PB, na rodovia estadual PB 293 ao desviar de um animal que se encontrava na via pública o noticiante perdeu o controle da referida motocicleta vindo cair no asfalto, sendo socorrido para o Hospital Municipal de Paulista/PB. Nada mais a consignar.

São Bento, 04 de Abril de 2016. Às 11:35 horas.

André Gomes da Silva Lucena  
☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

X  
Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.520-8

01/04/2016





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os segurados do Seguro DPVAT (caso seja aplicável).

**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").

SABEMI SEGURADORA S/A  
23 AGO 2018  
RECEBIDO

Nome Completo da Vítima

ANDRÉ GOMES DA SILVA LUCENA

CPF da Vítima

051.812.804-04

Data do Acidente

13.03.2016

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

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:

Assinalar 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.

ROMBAL-PA, 23 de JULHO de 2018

Local e Data

André Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Gomes, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 53.015-870 - CNPJ: 06.123.654/001-87

PARA CONSULTA COM A CAGEPA  
DECOMOS ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

67505821

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA  
RUA OTACILIO TOME, S/N - CENTRO PAULISTA PB  
58860-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Público	
185.001.315.0445.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y14N310083	16/07/2015	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
318	324	6	29	09/08/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-AMEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JUN/2018	6	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	7	0	TURBIDEZ	24	24	24
ABR/2018	9	0	CLORO	24	24	24
MAR/2018	8	0	COL. TERMOT	0	0	0
FEV/2018	7	0	ECR	10	15	15
JAN/2018	8	0	COL. TOTALIS	24	24	24
MEDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

SABEMI SEGURADORA S/A

23 AGO 2018

RECEBIDO

DATA DA IMPRESSÃO: 13/07/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 10:29:25

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL (UNIDADE(S))		
CONSUMO DE ÁGUA		37,91
ESGOTO		
ACRESC. MES(ES) ANT. 04/2018 05/2018		1,51
JUROS 04/2018 05/2018		1,01

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 9,51 PIS E COFINS-LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 23/07/2018 Total a Pagar: R\$ 40,43



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 30/06/2018, REGISTRANDO QUE V.SA. ESTAVA EM DÍBITO, COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. DECLARAM OS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67505821	JUL/2018	23/07/2018	R\$ 40,43

82620000000 6 40430010185 8 06750582101 6 0720180003 2





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANDRÉ GOMES DA SILVA LUCENA

RG nº 8434676, data de expedição 09/05/97, Órgão SSP/PB,

CPF nº 051.812.804-04, 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 OTACILIO TOMÉ</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PAULISTA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.860-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999.746322 (83) 981488766</u>
E-mail	<u>---</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL-PB, 23.07.2018

Assinatura do Declarante: André Gomes da Silva

RECEBIDO



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 SUSEP<sup>1</sup> 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 em sinistros. 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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.

23 AGO 2018

RECEBIDO

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.996.134 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário AYRINE GOMES DA SILVA LUCENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.812.804 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima AYRINE GOMES DA SILVA LUCENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.812.804 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ 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		Número	Complemento
<u>RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>		<u>219</u>	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PETROPOLIS</u>	<u>POMBAL</u>	<u>PARAIBA</u>	<u>58.840-000</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
<u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>		<u>(83) 99974 6322</u>	<u>(83) 9814884 66</u>

POMBAL 27 de JULHO de 2018

Local e Data

Jacques Ramos Wanderley

Assinatura do Declarante



MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

EXERCÍCIO 2018

ANO-CALENDÁRIO 2017

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO  
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 092.975.194-08	Nome do declarante JACQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 25A	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58343-000	Município POMBAL
		UF PB

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS (Valores em Reais)

118.190,01

IMPOSTO DEVIDO

18.637,48

IMPOSTO A RESTITUIR

0,00

SALDO DO IMPOSTO A PAGAR

14.821,36

IMPOSTO A PAGAR

GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE

0,00

PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/04/2018)

NÚMERO DE QUOTAS

3

VALOR DA QUOTA

14.821,36

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor SERPRO  
em 28/04/2018 às 12:43:14  
07D2617554



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA**

**Secretaria Municipal de Saúde**

**SERVIÇO DE RADIOLOGIA**

Paciente: **ANDRE GOMES SILVA**

Convênio: **PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA**

Data da Interpretação: **21/03/2016**

Exame: **RX TÓRAX/ OMBRO DIREITO**

**RADIODIAGNÓSTICO**

**RX TORAX:**

Transparência pulmonar normal.

Seios costo-frênicos livres.

Área cardíaca de volume e configurações normais.

**RX OMBRO DIREITO:**

Fratura completa ao nível do acromio direito, com traço transversal, próximo a articulação acromio-clavicular.

SABEMI SEGURADORA S/A

23 AGO 2018

RECEBIDO

**Ozias Arruda de A Neto**

**CRM 3105 PB**





**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**051.812.804-04**

Nome  
**ANDRÉ GOMES DA SILVA LUCENA**

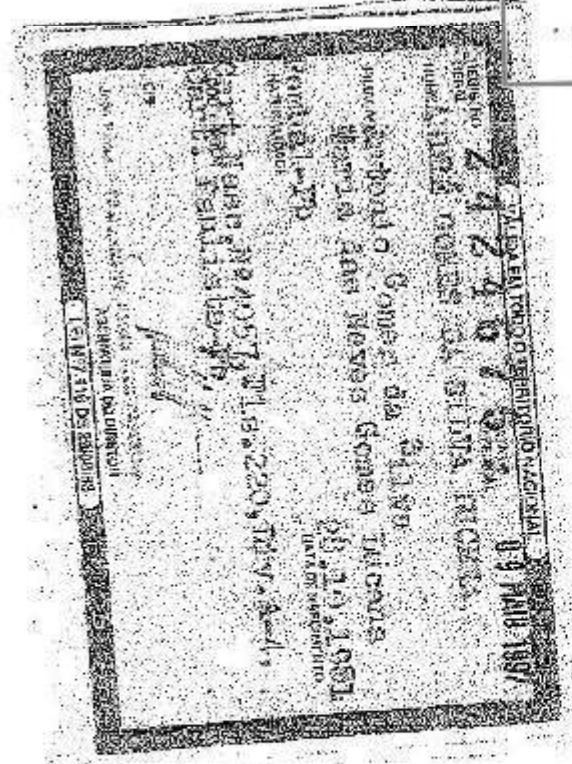
Nascimento  
**28/10/1981**

**VÁLIDO GONFANTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

SABEMI SEGURADORA S/A

23 AGO-2018

RECEBIDO



**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**3CD6B4BCD507352F**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 15:17:00 do dia 17/08/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00







RECEBIDO

[illegible]



