



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CÍRCULAR 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 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, 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.

Pelo exposto, eu ERICK MOURA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.739.214 / 80,  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sub o Nº 031.184.354 / 96, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.184.354 / 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: PROFESSOR Renda: S/R e apresento os documentos comprobatórios:  
CNH, COMP. DE RESIDÊNCIA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 CEL. AUSTRIKLINIO</u>		<u>797</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>PALMARES</u>	<u>PERNAMBUCO</u>	<u>55540-000</u>
<u>GIVALDOBOMBEIRO@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 3662-3316</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99272-9353</u>

PALMARES/PE, 10 de ABRIL de 2018  
 Local e Data

Erick Moura dos Santos  
 Assinatura do Declarante

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

23 ABR 2018

**Gerente Seguradora S/A**  
 Rua Itumbiara, 116 Loja 5  
 Graciosa - Recife / PE CEP: 52041-040



## FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO	PRONTUÁRIO: 1620034	ATENDIMENTO: 00923523
DATA DE NASCIMENTO: 20/06/1974	FOI ATENDIDO EM: 21/01/2018 ÀS 17:50	
	DATA DA ALTA: 25/01/2018 ÀS 12:11	

**Diagnóstico Provável:**

FRATURA DE OSSOS DA PERNAS D. CID-10: S82.2

**Tratamento Realizado:**

TTO CIR DE FX DE OSSOS DA PERNAS D + ATBTERAPIA + ANALGESIA + CURATIVO DIÁRIO

**Observação:**

30 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIS + CURATIVO DIÁRIO EM UBS + RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS DA ALTA  
EM UBS + ATB PARA CASA

**Encaminhado para:**

AO AMBULATÓRIO DE ORTOPÉDIA DE DR. WELLINGTON BRUM (03 SEMANAS APÓS A ALTA)

Dr. Pedro Walter Feitosa Martins  
Urgente Traumatologia / Ortopedia  
CRM-PE: 25622

PEDRO WALTER FEITOSA MARTINS - CRM: Nº 25622

Recife, 25, JANEIRO, 2018

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Pùblico do Estado de Pernambuco.



21-01-18

PHRP

Policlínico

Data de Atendimento

69 3139

Urgência / Emergência

PROTÓTIPO  
CARTÃO

CME

Nome:

Jairo Wellington da Silveira

Data de Nascimento:

1966-06-09-99

Pais ou Responsável:

Endereço:

Cidade:

Queda Previável:

Nome do Responsável:

Paciente, trazido pelos bombeiros, com história de quedas de céuço x poste há 40 minutos. Chega contido, com color corporal e um punhado rígido, desorientado, falando palavras desproporcionais. Apresenta lesão contorcida em couro cabulado e dor na perna. Encontra-se expressivo. Horas e estima em 12h. No pulso: pulsos simétricos e

Sintomas:

a) Sintoma que mais pesa:  Dor  Dor contínua? Sim  Não Temperatura:  Frio  Quente

b) Respiração:  Normal  Tachicônia  Bradicônia

c) Circulação: RR: sim 2T, BNP: sim 60  
PA: 160x80, sim 80 PC: 96

Sintomas:

Dor:

Respiração:

Pulseira:

Pupilas:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente:	Registro:
Clínica:	Box/Leto/Enfermaria:

ANEXO MEDICO

Detalhes para atender  
fisio que o Sr. Jeferson  
Wellerson do Nascimento  
pertence da CID 10-  
S 82.2 com lesão  
dele funcional de  
membro inferior direito

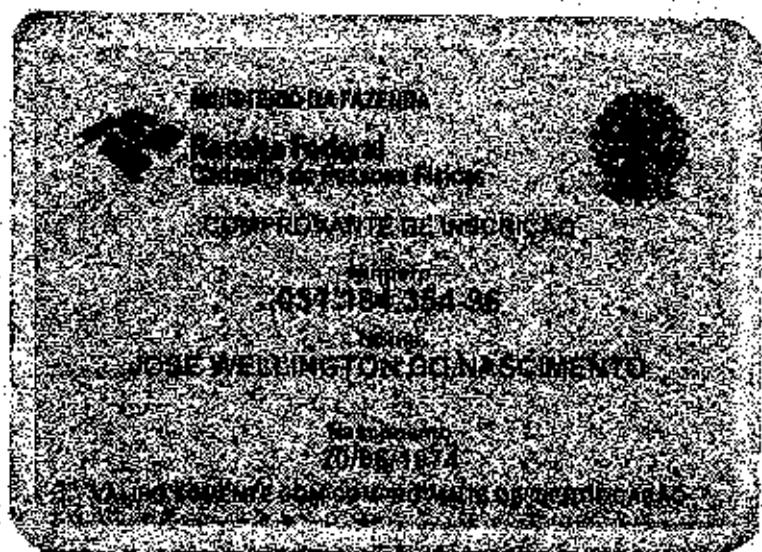
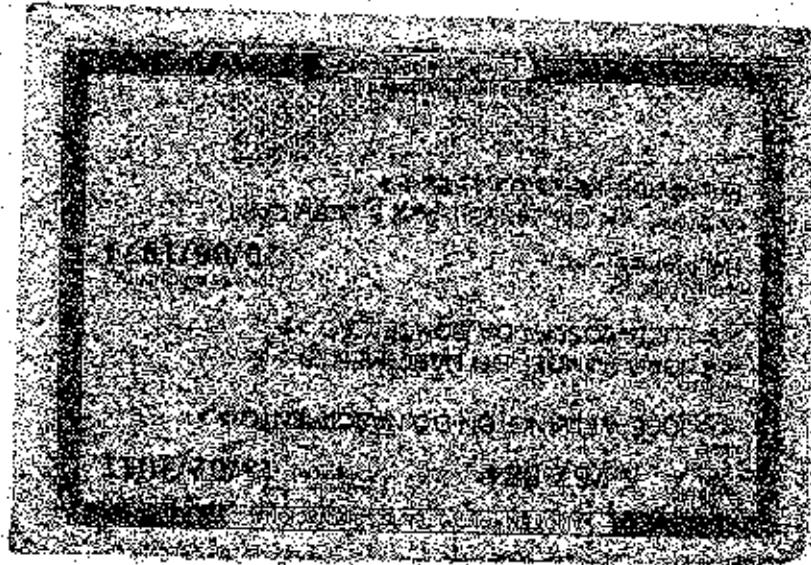
Data: 21/12/18

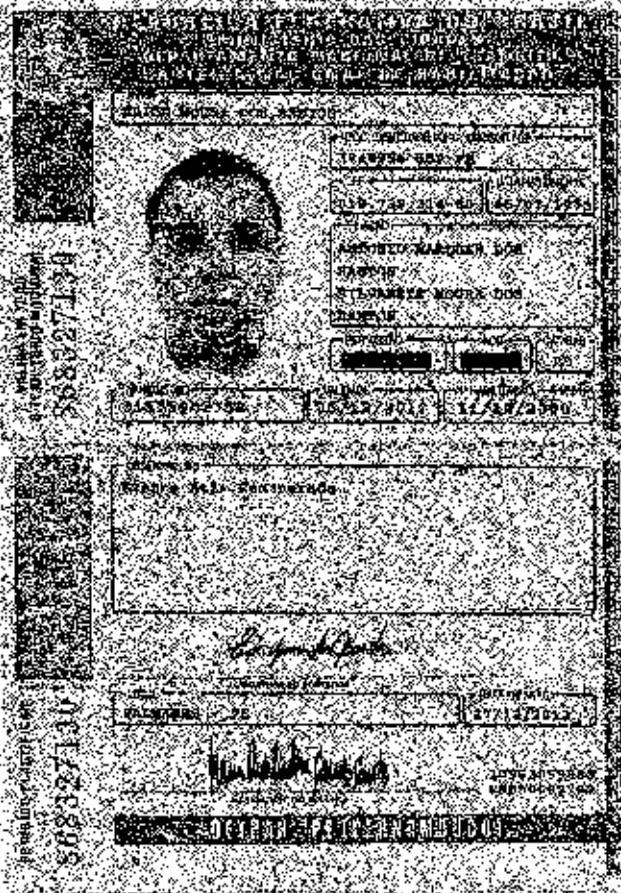
Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

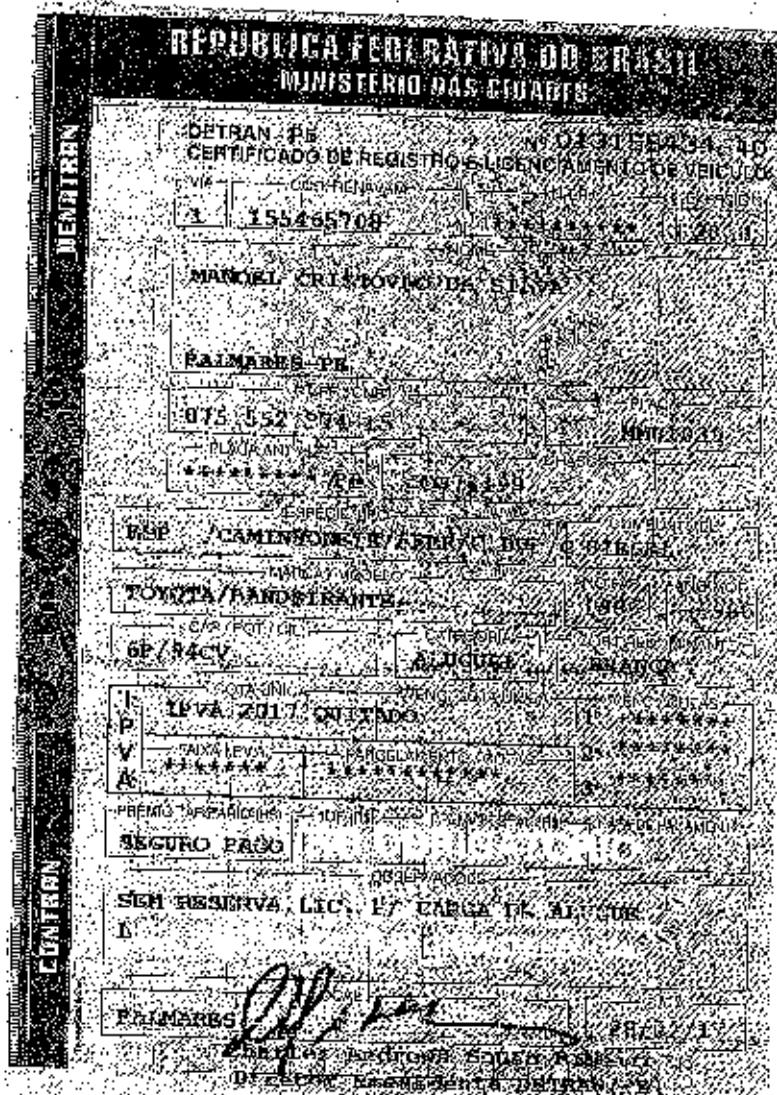
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 ABR 2018

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gratão - Recife/PE CEP: 52011-040







ESTADO DE SINISTROS  
SPVAT  
INTEGRD NAO VERIFICADO

23.ABR.2013

Gente Seguradora SIA  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Joá - Recife/PE CEP: 52011-040

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180182840      **Cidade:** Palmares      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WELLINGTON DO      **Data do acidente:** 21/01/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
NASCIMENTO

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária da tíbia e da fíbula da perna direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Apresenta edema do membro inferior direito, com alteração da marcha, prejuízo da força do membro de grau leve, sem prejuízo na mobilidade, com presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura diafisária da tíbia e da fíbula da perna direita (fixação metálica). Realizou fisioterapia. Recebeu alta médica em 05/2018.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.

**Médico examinador:** LEONARDO DE FARIA NEVES

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180182840

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA STO ONOFRE, 610 - PALMARES/PE -  
CEP 55540-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 5767884 - sds-pe - 15/02/2011

**Data e Local do Acidente :** 21/01/2018 - PALMARES/PE

**Data e Local do Exame :** 07/06/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON  
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no  
acidente relatado e comprovado.**

TCE, fratura de tibia e fibula diafisarias direitas.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da  
alta.**

Tratado cirurgicamente com haste intra medular (membro inferior direito) e  
suporte clínico (TCE), evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao  
diagnóstico relatado.**

Victima consciente e orientada ao exame, sem deficit cognitivo. Apresenta  
edema em membro inferior direito, com alteração da marcha (+-++++), prejuízo  
de força do membro de grau leve, sem prejuízo na mobilidade, com presença  
de cicatriz cirúrgica.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a  
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais  
permanentes) resultantes do acidente:**

Limitação funcional de grau leve do membro inferior direito, com edema local

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

membro inferior direito

% do Dano ( ) 10% residual (X) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180182840      **Cidade:** Palmares      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WELLINGTON DO      **Data do acidente:** 21/01/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
NASCIMENTO

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

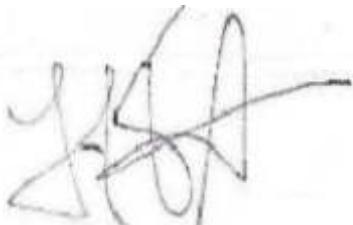
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIARIO/VITIMA:**

Nome: JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: Solteiro

Profissão: SENIOR GEMIS

Identidade: 5.969.8834-305-PE CPF: 091.184.354-96

Endereço: Rua Principal de São Onofre n° 610 37º andar - Jardim das Pe

**PROCURADOR:**

Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: PROFESSOR

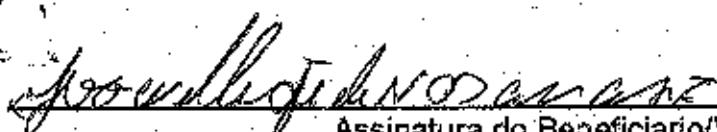
Identidade: 3.748.956 CPF: 019.739.214-80

Endereço: AV. CEL. AUSTRICLINIO, N° 797, CENTRO, PALMARES - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

**02 ABR 2018**

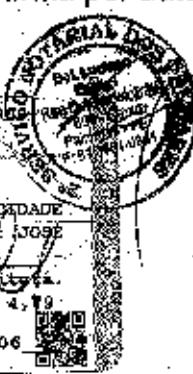
Local e data

  
Assinatura do Beneficiario/Vitima  
(reconhecer firma por autenticidade)

**2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS, TÍTULOS DE PALMARES - PE**  
Estelar: **LUCIANO DE FREITAS SILVA**  
Número: **182-38610-881**

**RECONHECIMENTO DE FIRMA** Reconhecido por AUTENTICIDADE  
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO, Palmares-PE, em  
Avenida Oliveira da Silva, Tabocal, 50000-000  
Email: R\$ 3,50 X R\$ 0,40 PERC R\$ 0,40 Total R\$ 4,70

Selo: 0077560.NAP03201805.000075 02/04/2018 11:42:06  
Consulta autenticidade no [www.tjpe.jus.br/sci/aut/aut](http://www.tjpe.jus.br/sci/aut/aut)



**INTENDIDO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**(CONTENDO NÃO VERIFICADO)**

**23 ABR 2018**

**Gente Seguradora SIA**  
Av. Rui Barbosa, 710 Edif. 6  
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

---

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180182840

**Vitima:** JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 21/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180182840**.

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, 30 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180182840

**Vitima:** JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 21/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180182840**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE 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](http://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, 04 de Julho de 2018

Carta n°: 13051312

A/C: JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180182840  
**Vitima:** JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO  
**Data do Acidente:** 21/01/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ERICK MOURA DOS SANTOS

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO**

**Valor:** R\$ 2.362,50

**Banco:** 104

**Agência:** 000000916

**Conta:** 0000064933-5

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>2.362,50</b>

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

**Graduação:** Em grau leve 25%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (25% de 70%) 17,50%

**Valor a indenizar:** 17,50% x 13.500,00 = R\$ **2.362,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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 é incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apens 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

**031.184.354-96**

Nome completo da vítima

**JOSÉ WELLINGTON DO NASCIMENTO**

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

Nome completo	<b>JOSÉ WELLINGTON DO NASCIMENTO</b>	CPF titular da conta	<b>031.184.354-96</b>	Profissão	<b>SERVICOS GERAIS</b>
Endereço	<b>RUA STC ONOFRE</b>	Número	<b>610</b>	Complemento	<b>CASA</b>
Bairro	<b>SANTO ONOFRE</b>	Cidade	<b>PALMARES</b>	Estado	<b>PERNAMBUCO</b>
Email	<b>GIVALDOBOMBEIRO@yahoo.com.br</b>				Telefone (DDD): <b>(81) 3662-3316</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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 type="checkbox"/> RECLSO 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. Assinaje uma opção)

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
<b>0916</b>		<b>64933</b>	<b>5</b>

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (Itaú ou Bradesco)

BANCO	NOME	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV

(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.

**PALMARES-PE, 10 de ABRIL de 2018**

Lota e Data

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

**CONTRATO VERIFICADO**

**23/08/2018**

**Gente Seguradora SIA**

*José Wellington do Nascentes*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal - N.º 02011-040

**CALCA ECONOMICA FEDER  
DAIXA AGVI**

### COMPROVANTE DE DEPÓSITO

08/03/2010 HORA: 14:59:16  
DATA EFETIVACAO: 28/03/  
COMENDO: 10021-00  
OPERADOR: BRANCA, L

AGENCIAS 6916  
CONTA 1300-064933-5  
NOME JOSE VELJING WIM NASC

THE LONDON EDITION

www.terracad.com

2018-03-28-14-54-15-288

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A 1  
AO DO CRÉDITO NA CONTA DE ATÉ 30 M  
OSGONTA MARCADA PARA RECEBIMENTO  
SITUA EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AG

SAC (A) 2430600 725 0 18 line messages

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800-730-2492

Quivira: 0600-725-7474

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

23 APR 2019

**Gente Seguradora S/A**  
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5  
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040



43468  
014299118

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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 070ª CIRCUNSCRIÇÃO - PALMARES - DP70ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18EO160000562

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/04/2018** às **16:51**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **21/1/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PALMARES, 01, RUA 08 DE DEZEMBRO** - Bairro: **CENTRO** - **DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**FREIO (AUTOR / AGENTE)**  
**MANOEL CRISTOVÃO DA SILVA (OUTRO)**  
**JOSÉ WELLINGTON DO NASCIMENTO (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO**: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ WELLINGTON DO NASCIMENTO**

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

**JOSÉ WELLINGTON DO NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOÃO MANOEL DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **20/6/1974** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PALMARES, 610, RUA PRINCIPAL DE STO ONOFRE - STO ONOFRE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MANOEL CRISTOVÃO DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**CAMINHONETE TOYOTA BANDEIRANTE/1986 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL CRISTOVÃO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ WELLINGTON DO NASCIMENTO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Renavam: **155465708** Chassi: **0J79198**

Ano Fabricação/Modelo: **1986/1986** Combustível: **DIESEL**

Descrição: **CAMINHONETE TOYOTA BANDEIRANTE/1986**

Complemento / Observação

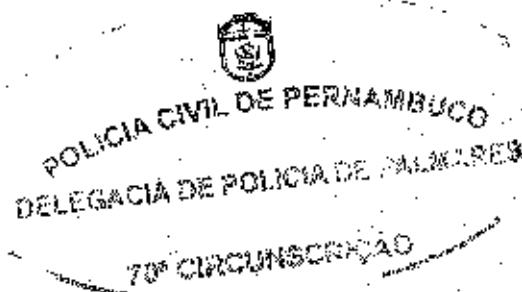
**DEZEMBRO. AINDA SEGUNDO A VÍTIMA, APÓS O ACIDENTE, TERIA SIDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS LOCAL, PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, CONFORME ATENDIMENTO N 693139, E DE LÁ TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE, ONDE TERIA SE SUBMETIDO A UMA CIRURGIA. DAÍ SUA VINDA A ESTA DP PARA AS MEDIDAS LEGAIS.**

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

*João Wellington*  
JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO  
(VITIMA)

*JW*

B.O. registrado por: **KARIM ALVES PIRES** - Matrícula: **221554-3**





0142 991 / 18

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DA 070ª CIRCUNSCRIÇÃO - PALMARES -**  
**DPT0ªCIRC DINTER/1/3ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18EO160000793**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/05/2018 às 14:36

Completa o BO Número: 18EO160000562

24 MAI 2018

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) - Jovadora SIA**  
 que aconteceu no dia 21/1/2018 no período da Tarde

SENHA DE SINISTRO  
 DRVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Legal  
 Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5  
 Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-000

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PALMARES, 1, RUA 88 DE  
 PALMARES - - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

**FREIO ( AUTOR / AGENTE )**  
**MANOEL CRISTOVÃO DA SILVA ( OUTRO )**  
**JOSÉ WELLINGTON DO NASCIMENTO ( VÍTIMA )**

**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DE PALMARES**

**70ª CIRCUNSCRIÇÃO**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):**  
**JOSÉ WELLINGTON DO NASCIMENTO**

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

**JOSÉ WELLINGTON DO NASCIMENTO (presente no plantão) - Sexo: Masculino**  
**Mae: LÚZIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO Pai: JOÃO MANOEL DO NASCIMENTO**  
**Data de Nascimento: 20/6/1974 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL**  
**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PALMARES, 818, RUA PRINCIPAL DE S.º ONOFRE -**  
**S.º ONOFRE - CEP: 56610-000 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MANOEL CRISTOVÃO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:**  
**Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**FREIO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /**  
**PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**CAMINHONETE TOYOTA BANDEIRANTE/1988 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a):  
MANGEL CRISTOVÃO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ WELLINGTON  
DO NASCIMENTO  
Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO Objeto  
apreendido: Não  
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: MMU1828 (PERNAMBUCO/PALMARES) Renavam: 155466702 Chassi: 8379189  
Ano Fabricação/Modelo: 1988/1988 Combustível: DIESEL  
Descrição: CAMINHONETE TOYOTA BANDEIRANTE/1988

### Complemento / Observação

**SEGUNDO A VÍTIMA, CONDUZIA O VÉHICULO EM UMA DESCIDA, NA RUA OZÓRIO DE ALMEIDA, QUANDO TERIA PALTADO FREIO E O VÉHICULO TERIA DESCIDO, DESGOVERNADO, E BATIDO EM UM POSTE NA RUA 02 DE DEZEMBRO. AINDA SEGUNDO A VÍTIMA, APÓS O ACIDENTE, TERIA SIDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS LOCAL, PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, CONFORDE ATENDIMENTO N 693136, E DE LA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE, ONDE TERIA SE SUBMETIDO A UMA CIRURGIA. DAÍ SUA VINDA A ESTA DP PARA AS MEDIDAS LEGAIS.**

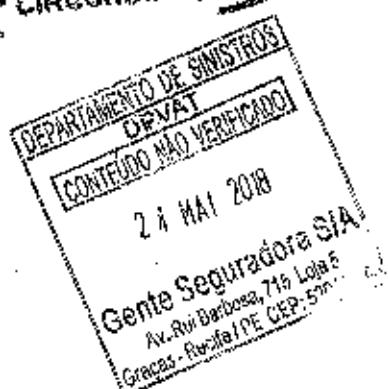
Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade policial:

*João Wellington do Nascimento*  
**JOÃO WELLINGTON DO NASCIMENTO  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: KARIM ALVES PIRES - Matrícula: 221854-3

  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DE PALMARES**

**70º CIRCONSCRICAO**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221286 (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 Intercidadana 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 WELLINGTON DO NASCIMENTO**

CPF da Vítima

**031.181.854-96**

Data do Acidente

**21-01-2018**

**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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento de 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 exarar 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 Lider 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 sentença ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**PALMAS/SE, 10 de ABR/12**

Local e Data

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

23 ABR 2013

**Gente Seguradora S/A**

Av. Rio Branco, 715 Loja 6

Graciosa - Rio de Janeiro - 22250-110

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Campo 1 - Assinatura do Beneficiário**



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

**Dinter/1 - 1º Grupamento de Bombeiros**

Vitória de Santo Antônio-PE, 28 de fevereiro de 2018.

ONTEUDO LOTES DA SILVA JUNIOR TEP. 1º GB  
COMANDANTE DO 1º GB

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº DIV. OP. 011/18-1ºGB**

O Chefe da Divisão de Operações do 1º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. JOÃO MANGAL DO NASCIMENTO RG 2564464 SDSPE, residente à Rua Santo Onofre, 610, Santo Onofre, Palmares-PE, certifica que uma equipe foi deslocada às 14h44min do dia 21 de janeiro de 2018, à Rua 08 de dezembro, Santo Onofre, Palmares-PE, a fim de prestar atendimento pré-hospitalar ao Sr. JOSÉ WELLINGTON DO NASCIMENTO RG 5767884 SDSPE, que havia sido vítima de acidente de trânsito quando dirigia um veículo Toyota de cor branca, placa MMU 1039. Ele apresentava ferimentos no crânio. Depois de prestados os devidos socorros, a vítima foi conduzida pelo nosso efetivo ao Hospital Regional de Palmares, ficando aos cuidados da Dra. LARA CRM 21941. No veículo também estavam o Sr. JOSÉ WESCLY O. DA SILVA e a Sra. NATÁLIA VITÓRIA DA SILVA. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros do relatório básico e de atendimento pré-hospitalar da ocorrência, que se encontram arquivados na Divisão de Operações, segue, apostado, com o sinete do 1º GB e assinado por mim, Capitão QOC/BM 960040-3 ARIANO MENDONÇA LUNA, chefe da Divisão de Operações do 1º GB.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
ONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 ABR 2018
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graves-Recife/PE CEP: 52011-040

# 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: 12/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WELLINGTON DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00916

CONTA: 00000064933-5

---

Nr. da Autenticação 051FE6A44A159C0A

