

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUARDO MACIEL DA SILVA,
RG nº 445093, data de expedição 1/1,
Órgão _____, portador do CPF nº 047.031.654-70, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA C-S MIRUEIRA - PAULISTA - PE, nº 03,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MICHELANGELO NOZZES A. SILVA cujo o condutor era
MICHELANGELO NOZZES ANDRANE SILVA.

Veículo: MOTO HONDA CG 125 FAN ES

Modelo: 2015

Ano: 2014

Placa: QYN-0411

Chassi: 9C23C4120 FR 00 2321

Data do Acidente: _____

12 NOV. 2019

Local e Data: _____



x Eduardo Maciel da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Serviço Notarial e Registral - 1º Ofício

Des. Plínio de Oliveira Campos - Notário e Registrador

Recurso por autenticidade a firma EDUARDO MACIEL DA SILVA

Doc. Paulista PE 12/11/2019 15:53:12 Empl. 26-231 TSNR R1

780 FERC R1 0.46 SS R1 0.08 FERM 0.04 FUNDO 0.08 Op. 183

DORIS LAIZA DIAS MUNIZ SILVA - Escrevente Autorizada

Tel: 0077562 RFT11201903 00001

Consulte a autenticidade em: www.dpa.pe/validador



AA460216

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1072787

Nome: Michelangelo Meisen Andrade Silva

Foi atendido às 17:12 hrs. do dia 28/12/18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
traumático envolvendo com fratura
do For I e fratura mandibular
210.502.8

Necessita de 30 dias de repouso
domiciliar

Tratamento Realizado: Cirurgia realizada dia
28/12/18 por Dr. Tatiane Faro, Dr. Caio
Ulhoa, Dr. Luiz e Dr. Wagner (1)
sutura de ferimento extenso com
gaze e imobilização do maxilar de Borch
instalação de BHM - 31/12/18

Observação: Retornar aos ambulatórios
BHF do Hospital Oswaldo Cruz
quinta-feira às 13:00h

Cópia de: Alta BHF 01/01/19



Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a 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 Público
do Estado de Pernambuco.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1072787/2018.

NOME: MICHELANGELO MOISES ANDRADE SILVA.

Foi atendido às 17h12 do dia 28.12.2018.

Diagnóstico provável: Poli-trauma
fratura complexa de mandíbula, fratura
Le Fort I, ferimentos extensos em face.
(Acidente de moto)

Tratamento realizado: Sutura de ferimentos extensos da face,
osteossintese de fratura (Barras
de Elich + fios de aço) em 28.12.2018
Fisioterapia respiratória
Exams complementares
Obs. Trat. de suporte clínico
Alta em 02.01.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 30.01.2019

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Silva
[Assinatura]

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

Ficha de Atendimento

Número do Registro

1072787	Data e Hora de Atendimento: 28/12/2018 17:12	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1661341 Data de nascimento: 06/06/1981	Paciente: MICHELANGELO MOISES ANDRADE SILVA Idade: 37a 6m 22d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante:
DOC ID / Data expedição 21059237769 /	Mãe: MARLEIDE MARIA DE ANDRADE SILVA Pai: MOISES SEVERO SILVA	Gartão SUS:
Endereço: IGNORADO Bairro: MARANGUAPET Cidade: PAULISTA	UF: PE	Telefone: 31616400
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE COLISAO (ARVORE, MURO, POSTE)		
Procedência: VIA PUBLICA		
Informações do Serviço Social:	Notificado 08/01/19 Vigilância Epidemiológica Hospitalar Fones: 41091205	
Confirmação de nome:	Assistente Social	
Confirmação de endereço:	Assistente Social	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>	Assistente Social	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPAC <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>	Assistente Social	
Outros <input type="checkbox"/>	Assistente Social	
Observação:	Assistente Social	
História Clínica:		
<p>Paciente ferido pelo SPM/USA vítima de Colisão Motor x Centopá Queixa-x de Cerebralgia!</p>		
Atendimento Médico:		
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emático: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Que?		
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp.
ECG regular, Consciente, Orientado		
B: Respiratório	PAW ⊕ Ruw AAT	
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm
T.R. # B.N. Tuba Cheia		

REALTADO
28/11/18
Francisco
F. Garcia

☐ Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular: _____ Hora: _____ Glasgow: Resposta Verbal: _____ Hora: _____ Glasgow: Resposta Motora: _____ Hora: _____

E Exposição/Abdômen: indolor
Serimentos em face; com dor em
mandíbula.

Diagnóstico Inicial: politrauma. Cod. Procedimento: _____

Conduta: - TC de crânio face e col. Cervical
- Manutenção color. e mandíbula
- Rx de tórax e pelve
- Avaliação da BPF e AOR

Ass. Médico: [Assinatura]
 Perito Encarado: _____
 CR-4-11-1490

Evolução de Enfermagem: _____ Ass. Enfermagem: _____

Definição do Caso: ☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

Internado na Clínica: _____ Condição de Alta: ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: _____
 Médico: _____ CRM: _____ Data: 01/01 Hora: _____

Termo de responsabilidade para internamento:
 - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.
 Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
 - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.
 Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

28/12/2018 17:08

	Nome Paciente:	MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	06/06/1981
	Sexo:	Masculino
	Idade:	37
	Senha:	U0032
	Convênio:	-
Atendimento:		

28/12/2018 17:08 - SARAH MARIA DA SILVA GUIMARAES - COREN: 7085 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X POSTE HA 1H NEGA VOMITOS E DESMAIOS
TRAUMA EM FACE, REFERE DOR ABDOMINAL

— ervação:

TRAZIDO POR SAMU PAULISTA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

#MUR 28/12/18 19H

TRAUMA de face

TC de abd - ECG 15. P 100. MOE per
altera

TC de crânio sem lesões

TC de coluna cervical sem lesões

Co. Alta do MUR

ABM

Acolhido(a) por: SARAH MARIA DA SILVA GUIMARAES

Data: 28/12/2018 17:08



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Michelangelo Moira Pinheiro Lima

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF#	Paciente retorna de avaliação otorrinolaringológica
20.06	Visto com orelhas, ouvidos, supratentorial, membrana
28.12.18	36 kg. Ao exame BMF - grande lesão cisto contendo conteúdo em sustentáculo superior proliferado em massa e granulosa No exame sem guarnição respiratória. Se de face, sugere lesão I, parte de mandíbula distal direita, simples e parietal.
	CO 1) Seção
	2) Paciente com BMF
	3) Acamp BMF
	4) Ag. Sala de Oloco com

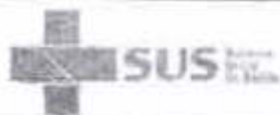
Dr. Wagner Monteiro
Cirurgia e Traumatologia
Belo Horizonte
Residência HUCAL/UFOP
CRO-PE 12750

Nota de Sala - CTBMF

Paciente apresentou-se instável hemodinamicamente
antes da indução anestésica com $SAO_2 = 92\%$, PA 119×72
FC = 208 bpm;

Equipe de anestesia optou pela intubação oral acordada
masculina após anestesia/oral com PA e FC

Devido ao quadro optamos por realizar o atendimento
de urgência: sutura dos ferimentos na língua (transfixante)
na fundo de sulco mandibular, na labio superior e
fibras labial, instalação de curvas de



606/108
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Michelangelo Moises A. Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1072787

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Te de yaci + 3D

14 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Pos BMM

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31.12.18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MICHELANGELO NOIXES AMARAL SILVA



DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO
210582377068 MEX PE

CPF
041.906.774-13

DATA NASCIMENTO
04/06/1981

ENDEREÇO
NOIXES SEVERO SILVA

NOME DA MÃE
MARLEIDE MARIA DA
AMARAL SILVA

PROFISSÃO

ACC

CAT. HAB

AB

Nº RENOVADO
05899968870

VALIDADE
30/09/2021

EMISSÃO
09/06/2012

INSCRIÇÃO
NACIONAL ATIV. RENOVADA

Michelangelo Noixes Silva

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
27/10/2014

[Signature]
Michele Noixes Amaral Silva
Diretor Regional
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

81408485394
98075043637

DETALHE - PE - TRÊS HAMBUCOS

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1304543947

1304543947



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

PE Nº 012B04655603 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCIÇO NACIEL DA SILVA

CPF 02.011.000-00

63405-530

CARLA MIRALIM PAULISTA-PE

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	02/05/18
CPF / CNPJ	PLACA
02.011.000-00	GYND771

RENAVAM	MARCA / MODELO
10000778448	HONDA/CG 125 PAF ES
ANO/FAB	SERIE
2014	03
CNPJ/C41305R002621	

PRÊMIO TARIFÁRIO

INSS (R\$)	DETRAN/CURS	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL SERVIÇO DE COBERTURA (R\$)
SEGURO PAGO		
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.349.800/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DEIXE SEU E-CARRÃO O BILHETE DPVAT.

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676177 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE (MANDÍBULA - LE FORT I).
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MANDÍBULA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1.2_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676177 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE (MANDÍBULA - LE FORT I).
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MANDÍBULA), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1.2_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676177

Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676177

Vítima: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **341**

Agência: **000006066**

Conta: **0000042041-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



1 - Cobertura (s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ROL: 041.006.774-13 3 - CPF da vítima: 041.006.774-13 4 - Nome completo da vítima: MICHELANGELO PIRES ANDRADE SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPREP Nº 415/2012

5 - Nome completo: MICHELANGELO PIRES ANDRADE SILVA 6 - CPF: 041.006.774-13
7 - Estado: SP 8 - Endereço: P. SETENTA E NOVE 9 - Número: 247 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARANAGUÁ II 12 - Cidade: POULISTA 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13.421-241
15 - E-mail: 01.9945-742

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 POUANÇA (destinada para os filhos afetados. Abrange uma única) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ITAU
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 6066 CONTA: 42041
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 recebível.

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.

Declaro a impossibilidade 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 não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às outas informações LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo.

A assinatura conforme o disposto na Lei nº 194/74, e a não apresentação de documento não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso necessário, após contestação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar quantos: 30 - Vítima deixou irmãos: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos: 33 - Vítima deixou parentes vivos: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, quando desta, desde que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo):

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

40 - Local e Data: POULISTA SP 11/17
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): x Ingrid Raquel Moraes Andrade Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
43 - Assinatura do Procurador (se houver):

03/12/2019 - BANCO DO BRASIL - 16:55:00
326703367 0005

COMPROVANTE DE TED

CLIENTE: LUIZMAR DA SILVA OLIVEIRA
AGENCIA: 3267-0 CONTA: 11.985-0

NR. DOCUMENTO 120.301
DATA DA TRANSFERENCIA 03/12/2019
REMETENTE LUIZMAR DA SILVA OLIVEIRA
FAVORECIDO MICHELANGELO MOISES ANDRA
CPF 041.006.774 12
BANCO 341 ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA 6066 PAULISTA PE CONTA 000000042041
FINALIDADE 001 CREDITO EM CONTA
ORIGEM DO DEBITO CONTA CORRENTE
VALOR 5,00
VALOR TOTAL 5,00

NR. AUTENTICACAO 8.310.918.852.CA9.789



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118010887**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/11/2019** às **14:54**

Complementa o BQ Número: **19E0118010885**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia **28/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 1 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ESTAÇÃO DA CELPE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
EDUARDO MACIEL DA SILVA (OUTRO)
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA**

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

MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLEIDE MARIA DE ANDRADE SILVA** Pai: **MOISES SEVERO SILVA** Data de Nascimento: **6/6/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA SETENTA E NOVE, 247 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO MACIEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OYN0771 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA FOI ATINGIDO PELA PARTE TRAZEIRA VINDO A CAIR AO SOLO.SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO , FICANDO INTERNADO POR QUATRO DIAS. A MOTOCICLETA EM TELA ESTA EM NOME DE:EDUARDO OMACIEL DA SILVA, CPF N° 047039654-70. PELO FATO EXOSTO PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

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

Michelangelo Moizes Andrade Silva

MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO DE MELO COSTA** Matrícula: **2966770**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118010885

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2019 às
14:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)
que aconteceu no dia 28/12/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 1 - Bairro: MARANGUAPE - II -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A
ESTAÇÃO DA CELPE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na peração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na peração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA**

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

MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **MARLEIDE MARIA DE ANDRADE SILVA** Pai: **MOISES SEVERO SILVA**
Data de Nascimento: **8/8/1981** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residência: **RUA SETENTA E NOVE, 247 - CEP: 88888-888 - Bairro:
MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MICHELANGELO MOIZES
ANDRADE SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MICHELANGELO MOIZES
ANDRADE SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **OYN0771** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em
posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<https://servicos.eda.pe.gov.br/pernambuco/Visualiza>

Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: N/A
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

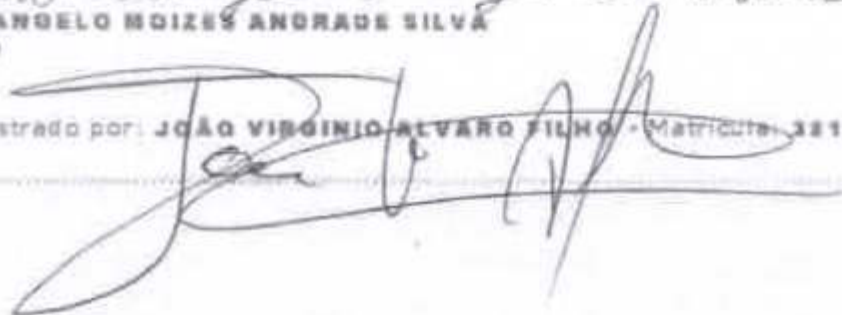
Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA FOI ATINGIDO PELA PARTE TRASEIRA VINDO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, FICANDO INTERNADO POR QUATRO DIAS. A MOTOCICLETA EM TELA ESTÁ EM NOME DE: EDUARDO OMACIEL DA SILVA, CPF Nº 047638684-70. PELO FATO EXISTE PEDIDO PROVIDENCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

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

A Michelangelo Moizes Andrade Silva
MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 321055-8



3 - Resulto o(a) tipo(a) de subscritura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro (se houver): 041.006774-13 4 - Nome completo da vítima: MICHELANGELO ADRIES ANDRADE SILVA

RESUMO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

5 - Nome completo: MICHELANGELO ADRIES ANDRADE SILVA 6 - CPF: 041.006.774-13
 7 - Profissão: VENDEDOR 8 - Endereço: R. SETENTA E NOVE 9 - Número: 247 10 - Complemento:
 11 - Bairro: PARANAGUÁ II 12 - Cidade: FRUITOSA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.021-201
 15 - Telefone: 61.9945-7421

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 - F13 do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declara, sob as penas da Lei, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.301,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.300,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (Desempenha papel de poupança. Analise uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: ITAU
 AGÊNCIA: 6060 CONTA: 42043
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu não farei objeção, reconhecendo a dívida, 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 não há impossibilidade 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.

Assim, de acordo com o disposto no art. 1º da Lei nº 6.194/74, declaro a impossibilidade de apresentar o laudo do IML para os fins de requerimento 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo de propriedade de terceiros.

Ao não realizar a avaliação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso ocorrer a revisão do diagnóstico.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Desamparado ☐ Viúvo 24 - Data de nascimento da vítima: 04/11/1974

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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Exeto o valor de morte a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem a condição de beneficiários, 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.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo)
 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo)
 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo)
 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo)

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

40 - Local e Data: FRUITOSA PE 11/11

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)


43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 04.02.2019.
EM: 05.02.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr^{o.}, MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA, RG Nº 210592377068 – MEX - PE, CPF Nº 041.006.774-13, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – 570552 do dia 28 de dezembro de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 16hs e 30min, vítima de acidente com motocicleta, na Rodovia PE - C22, S/N, – Maranguapé II - Paulista, nas proximidades da CELPE, sendo em seguida removido ao Hospital da Restauração.


Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELANGELO MOIZES ANDRADE SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06066

CONTA: 000000042041-2

Autenticação:

0B34A34DBA9198847EE842CFF6EF45415945F3A5888782AA2A95B27434CAE766



COMPESA 09.769.035/0001-66

Documento N° 2019-2099624

MATRÍCULA 06723345.1	CLIENTE IVANILDO CIZINO DA SILVA	CPF / CNPJ 179.483.954-43	VALIDADEZ 31/10/2019
INSCRIÇÃO 344.106.340.0224.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL R. SETENTA E NOVE, N. 00247 - MARANGUAPÉ II PAULISTA PE 53421-321		
LANCEAMENTO PARA ENTREGA			
OBSERVAÇÃO			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS			VALOR R\$
ENTRADA DE PARCELAMENTO 1/1			58,16
TOTAL			R\$ 58,16
VIA CLIENTE			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4030-1596 / 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 00 | Central Ovidente: 0800 101 15

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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. Esse 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 pessoa que fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, conforme a determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA, RESCATE, RESCUE, CAPITALIZAÇÃO E RESSGUEIRO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, SUPERVISAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSCITADAS NO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES DE SEGUROS PRIVADOS NA LEI Nº 6.131/66.

PELO QUALIFICADO, EM LUIZIANA DA SILVA OLIVEIRA

QUALIFICADO (a) NO CPF/CNPJ 406.013.406 / 63 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do segurado

MICHAEL MONTE MIZES ANDRADE SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 041.006.774-13

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima A MEMA

Inscrito (a) no CPF sob o nº _____ conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaramos, ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 BOA SORTE</u>	Número <u>312</u>	Complemento <u>APTO 100</u>
Cidade <u>DESTERRO</u>	Cidade <u>ABREVE LIMA</u>	CEP <u>53.570-110</u>
E-mail		Telefone <u>011 997457171</u>

Local e Data: ABREVE LIMA 19.11.19

Assinatura do Declarante