

RECEIVED
JAN 27 1971
B & OUT 1971
SECURITY DIV
JAN 27 1971

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, ROSELIANE RIBEIRO DE SOUZA (AVALIADA)

RG nº 9788 638, data de expedição 10/02/14, Órgão SSP-PI

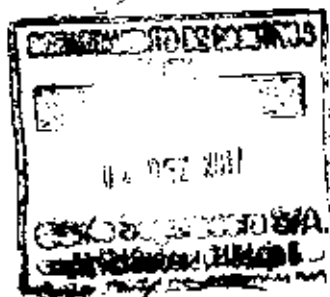
CPF nº 986.665.471-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Carlos de</u>
Número	<u>11 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>SOBRAL - PI</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55405-200</u>
Telefone de Contato	<u>31-9742-4319 / 97782-8288</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Soberal - PI, 10/02/2017.

Assinatura do Declarante: Roseliane Ribeiro de Souza





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

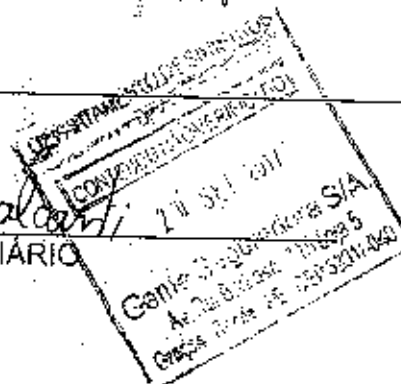
Pelo exposto, eu Rafaela Maria de Santana Carvalanti procurador(a) do
RG nº 4988638 expedido por SPS / PE, em
10 / 02 / 2014 CPF/CNPJ nº 086.005.684-80

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marcelo Santos da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Lesão Permanente
da vítima Marcelo Santos da Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: Recuso

Rafaela Maria de S. Carvalanti
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





11031

11031

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Roberto José de Lima

RG nº 9045831, data de expedição 17-08-2015

Órgão SDSPE, portador do CPF nº 122.811.384-02, com domicílio na cidade de Buenos Aires, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Antonio Francisco de Lima, nº 84, 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 Marcelo Santos da Silva, cujo o condutor era Marcelo Santos da Silva.

Veículo: PAS MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / NXR 150 BROS ES

Ano: 2008

Placa: KLH1844

Chassi: 9C2KD03308R082542

Data do Acidente: 09-06-2017

Local e Data: Buenos Aires; 20 de julho de 2017.

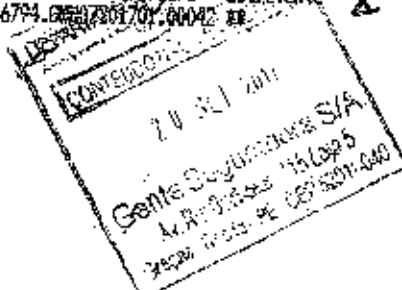
Roberto José de Lima
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DE BUENOS AIRES - PE
Rua João Evangelista, Nº 1 - Centro - CEP: 55.015-000 - Fone: (011) 3547-1494

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de:
ROBERTO JOSÉ DE LIMA
que confere c/ o padrão reg. nesta autentica. Bou. fé.
Buenos Aires, 20/07/2017. Em test. da verdade
Vr R\$ 4,66. Barão de Souza Aguiar - Escrevente
Selo 0026794.0001701.00042

www.iga.pe.br/registrocivil



Alberto Carlos Vasconcelos
CARTÓRIO DE
BUENOS AIRES - PE



PREFEITURA DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COOP. 010.000.000.000.000

UNIDADE MISTA MARIA TEREZA B. COELHO

RECEITUÁRIO

R/ Marcelo Soares da Silva
DE CHAMPAO

Doença: ~~Doença~~
do sistema urinário
de tipo + transtorno de
hemorragia supurativa
V39.9 + T13) sendo atendido
este paciente doente no
dia 09/06/72

Data:

Assinatura CRM

RECEITUÁRIO
CONTENDO 100 FOLHAS
70 SET 70
Gente Suplemento SIA
Av. 24 de Abril 1500-5
Grass - Ind. 01 000-000-000



0005

Documentação Médica Hospitalar

HOSPITALAR SAÚDE
AJ & EG SAÚDE HOSPITALAR LTDA ME
 Av. Dr. Ferreira Lima s/nº - Mocimbo - Timbalha PE
 Fone: 081 - 3631-3796

LAUDO MEDICO

O paciente Marcelo
 Santos de Azevedo apresenta
 dor no dorso do Tórax
 D + lesão Tórax D, com
 dor no referido Tórax.

CTD 10 S 90.0
 CTD 10 S 91.0

Guimarães
 30/8/17
 Volta até 15 dias

[Signature]
 Não vale como recibo

RECIBO
 14/09/17
 Gente Sem Fim S/A
 Av. Rm
 00000000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170516929 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/TORNOZELO DIREITO:50% DE 25%= 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170516929 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Contusão e ferida no tornozelo direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor no tornozelo direito aos grandes esforços. Ao exame apresenta cicatriz no maléolo lateral direito, sem limitação dos movimentos.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a sutura de ferida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 26/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

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

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCELO SANTOS DA SILVA, inscrito no CPF sob o nº 117.554.964-94, residente na Rua Sítio Boa-Vista, S/N, Buenos Aires/PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes.



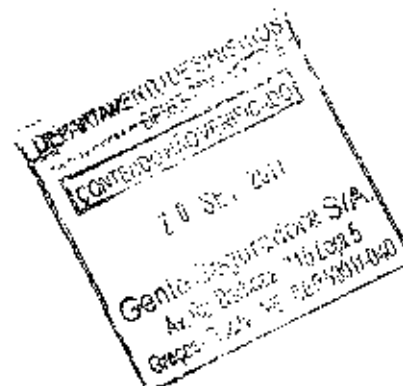
Local e Data: Buenos Aires, 20 de Julho de 2017.

Outorgante: Marcelo Santos da Silva

www.tipejus.br/autografal

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL - TCM - S E E BUENOS AIRES - PE
Rua João Evangelista, Nº 1 - Centro - CEP: 55.845-000 - Fone: (81) 3647-1494

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de:
MARCELO SANTOS DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta cartilha. Dou fé.
Buenos Aires, 20/07/2017. Em teste da verdade
Vr R\$ 4,66 Bário de Souza Freitas - Escrevente
SS São 0076794, TS007201701.00045 88



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARCELO SANTOS DA SILVA** Sinistro: **3170516929** Data: **09/06/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SI BOA VISTA, 06 - ZONA RURAL - Buenos Aires - PE - CEP 55845-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9498167**

Data local do exame: [**26/12/2017**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Contusão e ferida no tornozelo direito. . Vítima refere dor no tornozelo direito aos grandes esforços. Ao exame apresenta cicatriz no maléolo lateral direito, sem limitação dos movimentos.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **A vítima foi submetida a sutura de ferida.**

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo


Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dra. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 274.999.874-72
CBO: 3621-05

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2017

Carta nº: 11726337

A/C: MARCELO SANTOS DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170516929 ASL-0367902/17
Vítima: MARCELO SANTOS DA SILVA
Data Acidente: 09/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARCELO SANTOS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170516929**
Vitima: **MARCELO SANTOS DA SILVA**
Data do Acidente: **09/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170516929**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **09/06/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Marcelo Santos da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.498.167

EXPEDIDO POR SDS LPE

EM 06/06/2012

CPF 1.145.549.04-94 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____

(*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcelo Santos da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

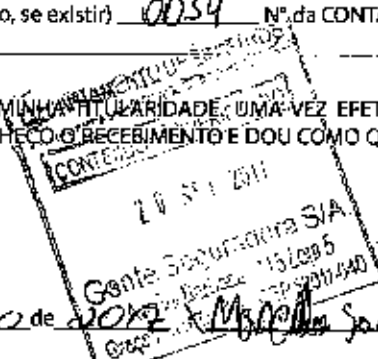
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0054 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00029880-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



Buenos Aires 11 de Setembro de 2012
LOCAL E DATA

Marcelo Santos da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



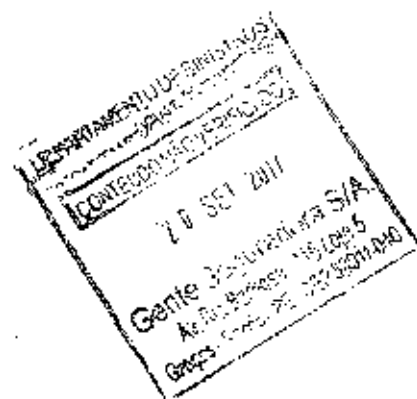
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

31/08/2017 HORA: 10:02:10
DATA EFETIVACAO: 31/08
CONVENIO: 000636150

AGENCIA: 0054
CONTA: 013.00029880-4
NOME: MARCELO SANTOS DA SILVA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 058ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUENOS AIRES -
DP58ªCIRC DINTER1/11ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0148000238**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/08/2017** às
12:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **9/6/2017** às **23:00**

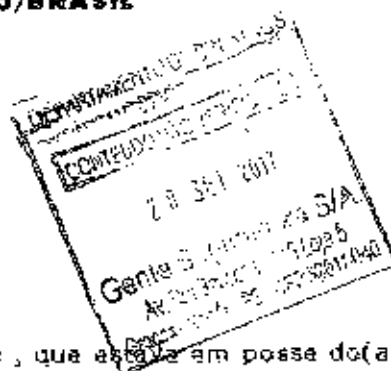
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1 - Bairro:**
CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ROBERTO JOSÉ DE LUNA (TESTEMUNHA)
MARCELO SANTOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
MARCELO SANTOS DA SILVA



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

MARCELO SANTOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA SEVERINA DOS SANTOS Pai: MÁCIO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 16/8/1991
Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9488107/506/PE (RG)**
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TRABALHADOR RURAL** Telefones Celulares:
- **999920292**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1, A VÍTIMA RESIDE NO LOTEAMENTO BOA VISTA, S/N BUENOS AIRES-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CASA DE DAVI PAI DE ESDRAS**

ROBERTO JOSÉ DE LUNA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1 - CEP: 55860-000 - Bairro: CENTRO**
- BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROBERTO JOSÉ DE LUNA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO SANTOS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLP1877 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **410338022** Chassi: **9C2KD03308R082542**

Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

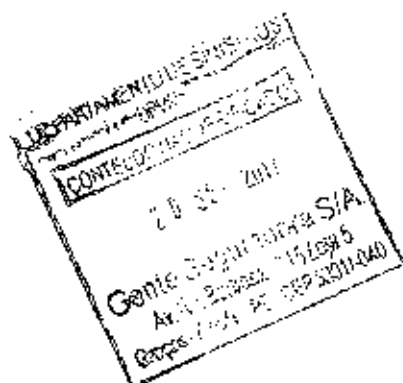
Complemento / Observação

COMPARECEU HOJE NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, O SR. MARCELO SANTOS DA SILVA, INFORMANDO QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGUNDO O MESMO NO DIA 08/08/2017 POR VOLTA DAS 23:00H A VÍTIMA DIZ QUE VOLTAVA DE SEU SÍTIO QUE FICA EM LAGOA DO OUTEIRO DISTRITO DE BUENOS AIRES, PILOTANDO A MOTOCICLETA NESTE BOM JÁ DESCRITA E AO TENTAR REALIZAR UMA CURVA, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E ACABOU CAINDO, COM A QUEDA SOPREU UM CORTE EM SEU TORNOZELO DIREITO, A VÍTIMA DIZ QUE FOI PARA A UNIDADE HOSPITALAR LOCAL, ONDE FOI ATENDIDA PELO MÉDICO DE PLANTÃO A DR. THIAGO RODRIGUES CRM-22759, QUE FEZ UMA SUTURA SIMPLES E UM CURATIVO TAMBÉM SIMPLES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, A VÍTIMA TEVE TAMBÉM UMA QUEIMADURA EM SUA PERNA DIREITA SENDO FEITO TAMBÉM UM SIMPLES CURATIVO EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI LIBERADA, A MESMA DIZ QUE A TESTEMUNHA DO FATO É O SR. ROBERTO JOSÉ DE LUNA, NESTE BOM JÁ QUALIFICADO, DIANTE DOS FATOS A MESMA SOLICITA O REGISTRO DA OCORRÊNCIA PARA FINS DE DPVAT, SEM MAIS NADA DIGNO DE REGISTRO ENCERRO ESTE BOM.

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

x *Marcelo Santos da Silva*
MARCELO SANTOS DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **EVERALDO LUIZ DA SILVA JÚNIOR** - Matrícula: **272839-7**



Everaldo L. da S. Júnior
Everaldo L. da S. Júnior
Comissário de Polícia
Mat.: 272.839-7

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de Identificação

Eu, Marcelo Santos da Silva, portador da carteira de identidade nº 9.498.163 e inscrito no CPF/MF sob o nº 112.554.964-94, residente e domiciliado na Sl. Boa Vista, Cidade Buenos Aires, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

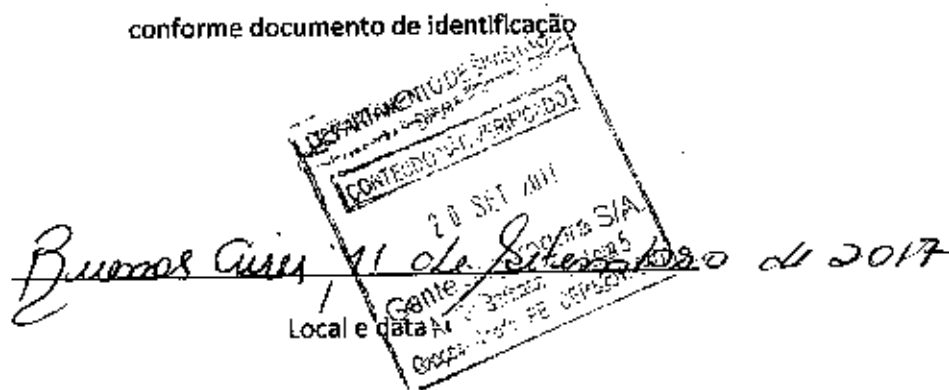
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcelo Santos da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcelo Santos da Silva

RG nº 9.498.167, data de expedição 06/06/2013 órgão SDS/PE,

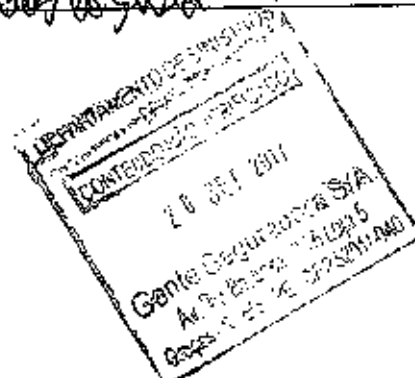
CPF nº 119.554.964-94, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Si Boa Vista</u>
Número	<u>6</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55845-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)9-9216-2319 (81)9-9543-3413</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Buenos Aires, 11 de Setembro de 2017

Assinatura do Declarante: Marcelo Santos da Silva



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93		celpe Grupo Neoenarq www.celpe.com.br
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 COMERCIAL 118 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5699 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis		

DADOS DO CLIENTE SEVERINO AVELINO DA SILVA CPF: 010.377.818-84 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI BOA VISTA 6 ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES RURAL 55848-000 BUENOS AIRES PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br	DATA DE VENCIMENTO 13/09/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 59,70	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 05/09/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 06/09/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 000286490	CONTA CONTRATO 007010112014 Nº DO CLIENTE 2002561451 Nº DA INSTALAÇÃO 0006541914
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 665E.F0D7.7BEF.03A7.21AE.78C1.A774.5053			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	78,00	0,67315022	52,50
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,33
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,79
Contribuição Iluminação Pública			1,18
PRÓ-CRIANÇA (081)3412-8860 0800 031 8889			3,00
Compensação DIC Mensal 07/17			0,06
TOTAL DA FATURA			59,70

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
55,59	25,00	13,89	55,59	0,64	0,36	55,59	3,00

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo (kWh)	0,00000000	BET 17	73
		AGO 17	64
		JUL 17	30
		JUN 17	71
		MAY 17	73
		ABR 17	83
		MAR 17	78
		FEV 17	69
		JAN 17	87
		DEZ 16	72
		NOV 16	65
		OUT 16	59
		SET 16	66

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	14,04 23,37
Transmissão	1,36 2,28
Distribuição (Celpe)	12,60 21,26
Encargos Setoriais	4,87 8,17
Tributos	15,90 26,60
TOTAL	59,78 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MÊS/ANOS	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DE	PARA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO	CONSUMO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			KWH	KWH
000000003011974817	CAT	04/08/2017	3.478,00	06/09/2017	3.556,00	1.0000	0,00	78,00	
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/10/2017 26 SET 2017 Geração de Energia S/A Atividade: 1510005 Atividade: 1510005									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAIS	METAS TRIMESTRAIS	METAS ANUAIS
JUL/2017					
DIC-Nº de horas sem Energia	NAZAREDA MATA	5,72	3,00	11,10	22,21
ENC-Nº de vezes sem Energia		2,00	3,30	6,72	13,45
DIC-Duração máxima de Interrupção contínua		2,12	3,20	9,60	0,00
Limite DIC: 12,22					
Duração de Interrupção em dia crítico					
Custo-Valor do Encargo de Uso = R\$ 90,31					
Toda Consumidora pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, ENC, DMC e DCR e qualquer outro.					

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES			
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade do fornecimento ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso para multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária na próx. mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art. 7º REN 681/13.			

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TRILHO DE PAGAMENTO
007010112014	09/2017	59,70	13/09/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838600000000 597000110072 010112014108 092905899832



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DADOS DO CLIENTE
SEVIRINA DAMIANA DE FARIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSÉ EMILIANO-1 A

CPF: 038.888.044-34

CENTRO/BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PE
55945-000

CLASSIFICAÇÃO
ES COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE
Manufatura

00000000000000000000	ÚNICA	24/08/2017
24/08/2017	2000622904	477000



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,000000	0,86408488	18,82
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,17
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,88
Cobertura Iluminação Pública			1,40
ICMS Subvenção-CDE-NF 00089270-22/08/17			0,18
Multa por atraso-NF 002772598-24/07/17			0,44
Juros por atraso-NF 002772598-24/07/17			0,07
TOTAL DA FATURA			22,90

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Medição	Anterior	Atual	Variação	Valor
MD1300	CKT	24/07/2017	24/08/2017	6.886,00	11,00

PERÍODO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
AGO 17	30	25,72	26,00	6,18
JUL 17	30	25,72	0,28	0,05
JUN 17	30	25,72	1,28	0,26
MAY 17	30			
ABR 17	30			
MAR 17	30			
FEB 17	30			
JAN 17	30			
DEZ 16	30			
NOV 16	30			
OCT 16	30			
SET 16	30			
AUG 16	30			

Reserva de crédito de 10% para o cliente. Não é necessário solicitar a reserva de crédito. O cliente é responsável por manter a reserva de crédito de 10% para o cliente. Não é necessário solicitar a reserva de crédito. O cliente é responsável por manter a reserva de crédito de 10% para o cliente.



RAZÃO SOCIAL	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
BOL NATA	0,14	0,14	0,14	0,14
FIO	0,14	0,14	0,14	0,14
TOTAL	0,28	0,28	0,28	0,28