

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M^o MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.157.694 / 07 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.157.694 / 07 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55192-305</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98129-8619</u>

Santa Cruz do 11 de OUTUBRO de 2019
CAPIBARIBE Local e Data

Adriana M^o M. de A. Fernandes.
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO** nascido em 21/06/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 17/07/2019 por volta das **23h04min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 22 de AGOSTO de 2019.

ATENCIOSAMENTE



JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
Matrícula nº 069043
MAT. 514591



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Dim. e f. de

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0249314 17/07/2019 23:04:19

Paciente: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Sexo: M

D. Nasc.: 21/06/1994

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: ADÉLMA VIEIRA BARBOSA

Pai:

Endereço: R= JOAO RAIMUNDO DE SOUZA

Bairro: BELA VISTA

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0099986

SUS:

Idade: 24 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: *120 x 70*

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

*Ref. Início pelo spau com história de queda
de peso, apresentando febre e t. de*

Exame Físico:

Aparelhado traqueia com frênula e traqueia

em mãos (C)

Diagnóstico Provisório: *URGO TLE*

Relato x - Fratura - 2^o 200 (C) - urso

Conduta:

Exame físico na Traqueia e urso

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____ Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Kátia C. Costa Silva
T.O. Enfermagem
CREM 529246

03:15

1. Seta 100 + 100. 3 (C)

2. Mauseito 01 ps + 10 (C)

3. Dipirona 01 ps + Dexamet 4,0 mg 21 ps (C)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Atesto, para os devidos fins
que Ademir Felipe Barbosa
Nascimento apresentou fratura
em 1º metacarpo esquerdo
após queda de moto em
17/07/19, tendo imobilizado
por 45 dias e evoluindo com
dor na mão após retirada
da imobilização

Data: 21/11/19

Angela Maranhão de Lima Araújo
CRM-PE 11387 - CREMESP 27999
CNS 700001623041602

MÉDICO

Nome: _____

Medicamentos: _____

Rg.: _____

Data: ____/____/____

MÉDICO



DADOS DO CLIENTE
 ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3
 CENTRO SANTA CRUZ DO CAPIBARIÉ
 SANTA CRUZ DO CAPIBARIÉ PE
 55192-305

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE CONSUMO	DATA DE VENCIMENTO
07/08/2019	05/09/2019	09/10/2019
12/08/2019	09/09/2019	08/10/2019

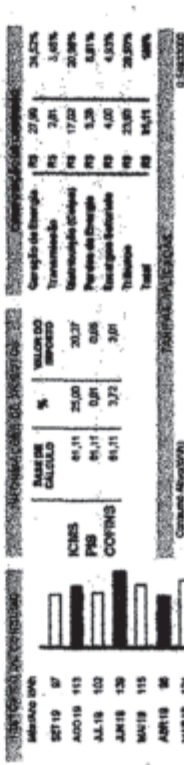
05/09/2019 2011168068 3423002
 Consumo Ativo (Watt)
 Acrisiano Bandeira VERMELHA
 Contra. Num. Pública Municipal
 ICMS Substância-CDE-AP 064814149-05/09/19
 ICMS Substância-CDE-AP 066260284-05/07/19

7008475480 09/2019
 12/09/2019 08/10/2019
 84,83

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
87,00000000	0,77852220	76,81
		6,50
		2,07
		0,84
		0,71

TOTAL DA FATURA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
Consumo Ativo (Watt)	87,00	0,77852220	76,81
Imposto de Renda			6,50
Imposto de Renda			2,07
Imposto de Renda			0,84
Imposto de Renda			0,71



PERÍODO	VALOR DO MÊS	VALOR DO ANO
Jul 19	84,83	84,83
Ago 19	84,83	169,66

Pagamento em parcelas de 12 meses, com taxa de juros de 12% ao ano. O valor total a ser pago é de R\$ 1.018,16. O valor das parcelas é de R\$ 84,83. O valor do primeiro pagamento é de R\$ 84,83. O valor do segundo pagamento é de R\$ 84,83. O valor do terceiro pagamento é de R\$ 84,83. O valor do quarto pagamento é de R\$ 84,83. O valor do quinto pagamento é de R\$ 84,83. O valor do sexto pagamento é de R\$ 84,83. O valor do sétimo pagamento é de R\$ 84,83. O valor do oitavo pagamento é de R\$ 84,83. O valor do nono pagamento é de R\$ 84,83. O valor do décimo pagamento é de R\$ 84,83. O valor do décimo primeiro pagamento é de R\$ 84,83. O valor do décimo segundo pagamento é de R\$ 84,83.

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1421884961
 1421884961
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA ENERGIA
 SECRETARIA DE ENERGIA ELÉTRICA
 ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
 4810389 889 PE
 945.234.444-04 26/07/1974
 JOSE GOMES DE NOBIA
 IZABELTE FERREIRA DE NO
 0237505879 08/04/2022 17/06/2002
 10/04/2017
 PERNAMBUCO
 53286755900
 2807865572



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 013815407248
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 1 1149334395 EXERCÍCIO 2018

LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA

3 C CAPISARIBE-PE

012.915.824-83 PLACA PCW4465

9C2JB0100JR029891

PAR. MOTOCICL. BETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/POP 110I ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2018

22/109CL CATEGORIA PARTIC COR. PREDOMINANTE VERMELHA

1º IPVA 2018 QUITADO 1º *****

2º *****

3º *****

PREMIO TAFIAND (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA DE FORT. OBRIGATORIA

Charles Andrews Sousa Ribeiro

3 C CAPISARIBE-PE

18/04/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE OUTROS TERRESTRES OU POR SUA CARGA A PESSOA QUE TRANSPORTA DADOS OU NAO-SEGURO DPVAT

PE Nº 013815407248 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA

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

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

3 C CAPISARIBE-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/04/18

VIA 1 012.915.824-83 PLACA PCW4465

1149334395 RENAVAL MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2018

9C2JB0100JR029891

PREMIO TARIFARIO

R\$ (R\$) DENATRAV (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$)

TOTAL SEM FORT. OBRIGATORIA

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA DE FORT. OBRIGATORIA

Charles Andrews Sousa Ribeiro

3 C CAPISARIBE-PE

18/04/18

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 013815407248
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 1 1149334395 EXERCÍCIO 2018

LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA

3 C CAPISARIBE-PE

012.915.824-83 PLACA PCW4465

9C2JB0100JR029891

PAR. MOTOCICLONETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/POP 110I ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

22/109CL CATEGORIA PARTIC VERMELHA

1º IPVA 2018 QUITADO 1º *****

2º *****

3º *****

PREMIO TAFIAND (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVAÇÃO DE FORTES OBRIGATORIAS

Charles Andrews Sousa Ribeiro

3 C CAPISARIBE-PE

18/04/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE CATEGORIA A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI, AJ, AK, AL, AM, AN, AO, AP, AQ, AR, AS, AT, AU, AV, AW, AX, AY, AZ, BA, BB, BC, BD, BE, BF, BG, BH, BI, BJ, BK, BL, BM, BN, BO, BP, BQ, BR, BS, BT, BU, BV, BW, BX, BY, BZ, CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL, CM, CN, CO, CP, CQ, CR, CS, CT, CU, CV, CW, CX, CY, CZ, DA, DB, DC, DD, DE, DF, DG, DH, DI, DJ, DK, DL, DM, DN, DO, DP, DQ, DR, DS, DT, DU, DV, DW, DX, DY, DZ, EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ, EK, EL, EM, EN, EO, EP, EQ, ER, ES, ET, EU, EV, EW, EX, EY, EZ, FA, FB, FC, FD, FE, FF, FG, FH, FI, FJ, FK, FL, FM, FN, FO, FP, FQ, FR, FS, FT, FU, FV, FW, FX, FY, FZ, GA, GB, GC, GD, GE, GF, GG, GH, GI, GJ, GK, GL, GM, GN, GO, GP, GQ, GR, GS, GT, GU, GV, GW, GX, GY, GZ, HA, HB, HC, HD, HE, HF, HG, HH, HI, HJ, HK, HL, HM, HN, HO, HP, HQ, HR, HS, HT, HU, HV, HW, HX, HY, HZ, IA, IB, IC, ID, IE, IF, IG, IH, II, IJ, IK, IL, IM, IN, IO, IP, IQ, IR, IS, IT, IU, IV, IW, IX, IY, IZ, JA, JB, JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK, JL, JM, JN, JO, JP, JQ, JR, JS, JT, JU, JV, JW, JX, JY, JZ, KA, KB, KC, KD, KE, KF, KG, KH, KI, KJ, KK, KL, KM, KN, KO, KP, KQ, KR, KS, KT, KU, KV, KW, KX, KY, KZ, LA, LB, LC, LD, LE, LF, LG, LH, LI, LJ, LK, LL, LM, LN, LO, LP, LQ, LR, LS, LT, LU, LV, LW, LX, LY, LZ, MA, MB, MC, MD, ME, MF, MG, MH, MI, MJ, MK, ML, MM, MN, MO, MP, MQ, MR, MS, MT, MU, MV, MW, MX, MY, MZ, NA, NB, NC, ND, NE, NF, NG, NH, NI, NJ, NK, NL, NM, NN, NO, NP, NQ, NR, NS, NT, NU, NV, NW, NX, NY, NZ, OA, OB, OC, OD, OE, OF, OG, OH, OI, OJ, OK, OL, OM, ON, OO, OP, OQ, OR, OS, OT, OU, OV, OW, OX, OY, OZ, PA, PB, PC, PD, PE, PF, PG, PH, PI, PJ, PK, PL, PM, PN, PO, PP, PQ, PR, PS, PT, PU, PV, PW, PX, PY, PZ, QA, QB, QC, QD, QE, QF, QG, QH, QI, QJ, QK, QL, QM, QN, QO, QP, QQ, QR, QS, QT, QU, QV, QW, QX, QY, QZ, RA, RB, RC, RD, RE, RF, RG, RH, RI, RJ, RK, RL, RM, RN, RO, RP, RQ, RR, RS, RT, RU, RV, RW, RX, RY, RZ, SA, SB, SC, SD, SE, SF, SG, SH, SI, SJ, SK, SL, SM, SN, SO, SP, SQ, SR, SS, ST, SU, SV, SW, SX, SY, SZ, TA, TB, TC, TD, TE, TF, TG, TH, TI, TJ, TK, TL, TM, TN, TO, TP, TQ, TR, TS, TT, TU, TV, TW, TX, TY, TZ, UA, UB, UC, UD, UE, UF, UG, UH, UI, UJ, UK, UL, UM, UN, UO, UP, UQ, UR, US, UT, UY, UZ, VA, VB, VC, VD, VE, VF, VG, VH, VI, VJ, VK, VL, VM, VN, VO, VP, VQ, VR, VS, VT, VU, VV, VW, VX, VY, VZ, WA, WB, WC, WD, WE, WF, WG, WH, WI, WJ, WK, WL, WM, WN, WO, WP, WQ, WR, WS, WT, WY, WZ, XA, XB, XC, XD, XE, XF, XG, XH, XI, XJ, XK, XL, XM, XN, XO, XP, XQ, XR, XS, XT, XU, XV, XW, XX, XY, XZ, YA, YB, YC, YD, YE, YF, YG, YH, YI, YJ, YK, YL, YM, YN, YO, YP, YQ, YR, YS, YT, YU, YV, YW, YX, YY, YZ, ZA, ZB, ZC, ZD, ZE, ZF, ZG, ZH, ZI, ZJ, ZK, ZL, ZM, ZN, ZO, ZP, ZQ, ZR, ZS, ZT, ZU, ZV, ZW, ZX, ZY, ZZ

PE Nº 013815407248 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA

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

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

3 C CAPISARIBE-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/04/18

VIA 1 012.915.824-83 PLACA PCW4465

1149334395 RENAVAL MARCA/MODELO HONDA/POP 110I

2018 ANO FAB 09 ANO MOD 09

9C2JB0100JR029891

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAV (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$)

TOTAL SEM PAGOS BILHETE

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO

SEM RESERVAÇÃO DE FORTES OBRIGATORIAS

Charles Andrews Sousa Ribeiro

3 C CAPISARIBE-PE

18/04/18

SE 2017

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372857/19

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 112.157.694-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: ADEMIR FELIPE BARBOSA
NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO : 112.157.694-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Ademir Felipe Barbosa Nascimento
 DATA DO ACIDENTE 11/07/2019 CPF DA VITIMA 112.157.694-07
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNADES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA
 Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE ST. CARLOS DO CARIBARI-UF PE CEP 5512-305
 E-MAIL AFseguros1994@yahoo.com TELEFONE (81) 99300-1998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL, É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL, É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE - R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431060/19

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 112.157.694-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO : 112.157.694-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190603667 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190603667 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE: 8789540 SDS/PE E CPF nº 112.157.694-07
DATA DO ACITENTE-17/07/2019
COBERTURA- INVALIDEZ
VÍTIMA – ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
ENDEREÇO: RUA DEODATO , Nº 241,- BAIRRO: BELA VISTA – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: R. INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE / CPF . 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA,03, CENTRO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 24 DE SETEMBRO DE 2019.



X Ademir Felipe Barbosa Nascimento

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS

Titular: JOSÉ QUENTINO DE LIMA - Substituto: JOSÉ QUENTINO DE LIMA FILHO / LEVERTON FELIX DA SILVA
Rua Luiz Cecílio de Santana, 327 - Vila de São Domingos - Brejo da Madre de Deus/PE - Fone: (81) 3731-2556

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

sele:0076026.WWV09201904.00025

dou fe. SÃO DOMINGOS 05/09/2019 08:27:48 - Jm. des

da verdade



REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS

Levertton Felix da Silva

Emol R\$3,69 TSNR R\$0,83 Ferm R\$0,64 Funseg R\$0,08 Tot R\$4,91 Oper. CENILSON

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.com.br/verificador

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE: 8789540 SDS/PE E CPF nº 112.157.694-07
DATA DO ACITENTE: 17/07/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA – ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
ENDEREÇO: RUA DEODATO, Nº 241, – BAIRRO: BELA VISTA – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: R. INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE / CPF - 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA, 03, CENTRO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 24 DE SETEMBRO DE 2019.

Cartório de
Santa Cruz do
Capibaribe

X *Admir Felipe Barbosa Nascimento*

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

ASL-0372857/19
juliana.luna.0007
03/12/2019 17:07:09

ASL-0372857/19
juliana.luna.0007
03/12/2019 17:07:09

ASL-0372857/19
juliana.luna.0007
03/12/2019 17:07:09

ASL-0372857/19
juliana.luna.0007
03/12/2019 17:07:09

ASL-0372857/19
juliana.luna.0007
03/12/2019 17:07:09

ASL-0372857/19
juliana.luna.0007
03/12/2019 17:07:09

ASL-0372857/19
juliana.luna.0007
03/12/2019 17:07:09

ASL-0372857/19
juliana.luna.0007
03/12/2019 17:07:09

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS
TITULAR: JOSÉ QUENTINO DE LIMA - Substituto: JOSÉ QUENTINO DE LIMA FILHO / LEVERTON FELIX DA SILVA
Rua Luiz Cecílio de Santana, 327 - Vila de São Domingos - Brejo da Madre de Deus/PE - Fone: (81) 3731-2100

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
sele: 0076026.WWV09201904.00075
dou fe. SÃO DOMINGOS 03/12/2019 08:27:48 - Juiz de Paz

CARTÓRIO DE SÃO DOMINGOS
REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS
Leverton Felix da Silva
Emol: R\$3,59 TSNR: R\$0,83 Fern: R\$0,64 Funes: R\$0,08 Tot: R\$4,91 Oper: CLENTILSON

Consulte Autenticidade em: www.tpo.jus.br/autenticidade

Leverton Felix da Silva
1º Substituto

da verdade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372857/19

Número do Sinistro: 3190603667

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 112.157.694-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Procuração

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431060/19

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 112.157.694-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO : 112.157.694-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372857/19

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 112.157.694-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO : 112.157.694-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190603667

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190603667

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 17/07/2019, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 0000 - PE, da Instituição UPA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

112.152.694-07

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

6 - CPF:

112.152.694-07

7 - Profissão:

R. INFORMAR

8 - Endereço:

RUA- DEODATO

9 - Número:

241

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAP.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.190-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

9-91613907

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0492

CONTA:

27606

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Stº Cruz do Lagoamento-PE 09/10/2019

Ademir Felipe Barbosa Nascimento.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

112.152.694-07

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

6 - CPF:

112.152.694-07

7 - Profissão:

R. INFORMAR

8 - Endereço:

RUA- DEODATO

9 - Número:

241

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAP.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.190-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

9-91613907

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0492

CONTA:

27606

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Stº Cruz do Lagoamento-PE 09/10/2019

Ademir Felipe Barbosa Nascimento.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



555897
0372857/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218003672**

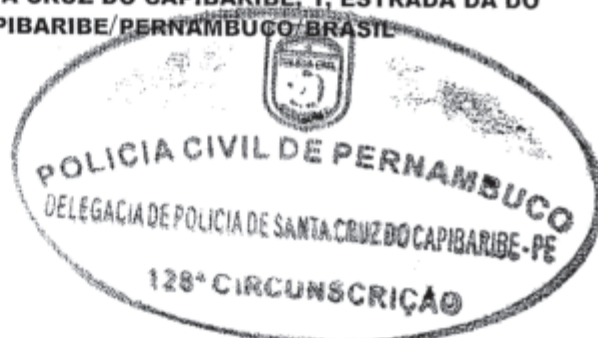
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **17:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, ESTRADA DA DO PARÁ - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA (OUTRO)
ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO**

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ADELMA COELHO BARBOSA Data de Nascimento: **21/6/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8789540/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)**
Telefones Celulares:
- **94875405**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 241, RUA DEODATO- MALHADA DO MEIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO(MOTO) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110I** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW4465** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **154933439** Chassi: **9C2JB0100JR029881**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO NA ESTRADA QUE DÁ ACESSO AO DISTRITO DO

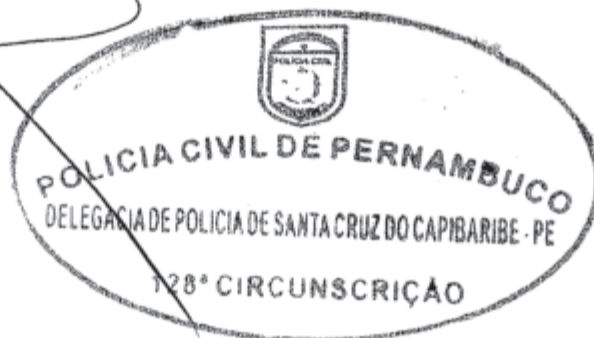
PARÁ QUANDO AO TENTAR DEVISAR DE UM BURACO ACABOU PERTENDO O CONTROLE DA MOTO BANTENDO NO MEIO FIO E VINDO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA UPA PARA PROCEDIMENTOS MÉDICO -HOSPITALAR.

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
(VITIMA)

Ademir Felipe Barbosa Nascimento.

B.O. registrado por: **EUMENALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: **319785-9**





555897
0372857/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218003672**

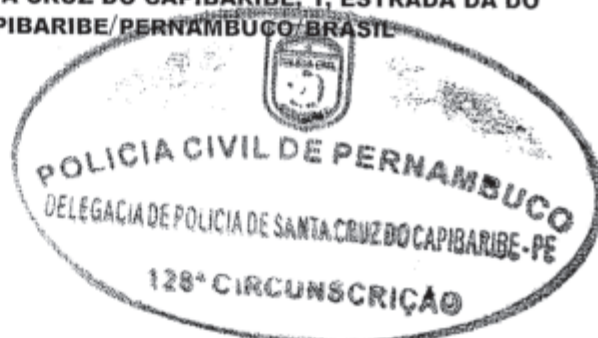
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **17:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, ESTRADA DA DO PARÁ - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA (OUTRO)
ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO**

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ADELMA COELHO BARBOSA Data de Nascimento: **21/6/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8789540/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)**
Telefones Celulares:
- **94875405**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 241, RUA DEODATO- MALHADA DO MEIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO(MOTO) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110I** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW4465** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **154933439** Chassi: **9C2JB0100JR029881**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO NA ESTRADA QUE DÁ ACESSO AO DISTRITO DO

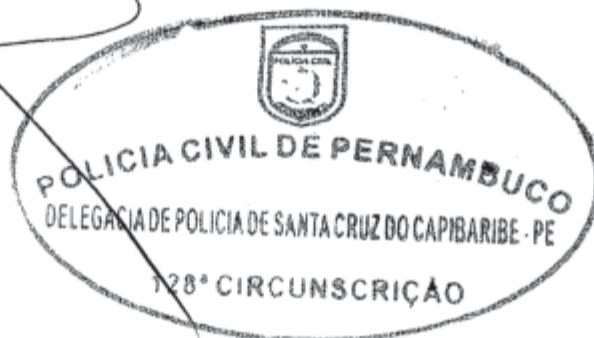
PARÁ QUANDO AO TENTAR DEVISAR DE UM BURACO ACABOU PERTENDO O CONTROLE DA MOTO BANTENDO NO MEIO FIO E VINDO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA UPA PARA PROCEDIMENTOS MÉDICO -HOSPITALAR.

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
(VITIMA)

Ademir Felipe Barbosa Nascimento.

B.O. registrado por: **EUMENALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: **319785-9**



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

112.152.694-07

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

6 - CPF:

112.152.694-07

7 - Profissão:

R. INFORMAR

8 - Endereço:

RUA- DEODATO

9 - Número:

241

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAP.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.190-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

9-91613907

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0492

CONTA:

27606

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Stº Cruz do Lagoamento-PE 09/10/2019

Ademir Felipe Barbosa Nascimento.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

112.152.694-07

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

6 - CPF:

112.152.694-07

7 - Profissão:

R. INFORMAR

8 - Endereço:

RUA- DEODATO

9 - Número:

241

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

BELA VISTA

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAP.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.190-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

9-91613907

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0492

CONTA:

27606

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Stº Cruz do Lagoamento-PE 09/10/2019

Ademir Felipe Barbosa Nascimento.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO** nascido em 21/06/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 17/07/2019 por volta das **23h04min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 22 de AGOSTO de 2019.

ATENCIOSAMENTE



JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
Matrícula nº 069043
MAT. 514591



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Dim. e f. de

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0249314 17/07/2019 23:04:19

Paciente: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Sexo: M

D. Nasc.: 21/06/1994

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: ADÉLMA VIEIRA BARBOSA

Pai:

Endereço: R= JOAO RAIMUNDO DE SOUZA

Bairro: BELA VISTA

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0099986

SUS:

Idade: 24 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: *120 x 70*

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

*Ref. Início pelo spau com história de queda
de peso, apresentando febre e t. de*

Exame Físico:

Aparelhado traqueia com frênula na traqueia

na mão (C)

Diagnóstico Provisório: *UCGO TLE*

Rebo x - Fratura - 2^o 200 (C) - urina

Conduta:

elmo melho da traqueia e urina

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____ Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Kátia C. Costa Silva
T.O. Enfermagem
CREM 529246

03:15

1. Seta 100 + 100. 3 (C)

2. Mauseito 01 ps + 10 (C)

3. Dipirona 01 ps + Dexamet 4,0 mg 21 ps (C)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO** nascido em 21/06/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 17/07/2019 por volta das **23h04min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 22 de AGOSTO de 2019.

ATENCIOSAMENTE



JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
Matrícula nº 069043
MAT. 514591



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Dim. e f. de

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0249314 17/07/2019 23:04:19

Paciente: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Sexo: M

D. Nasc.: 21/06/1994

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: ADÉLMA VIEIRA BARBOSA

Pai:

Endereço: R= JOAO RAIMUNDO DE SOUZA

Bairro: BELA VISTA

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0099986

SUS:

Idade: 24 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: *120 x 70*

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

*Ref. Início pelo spau com história de queda
de peso, apresentando febre e t. de*

Exame Físico:

Aparelhado traqueia com frênula e traqueia

em mãos (C)

Diagnóstico Provisório: *URGO TLE*

Rolo x - Fratura - 2° 200 (C) - urso

Conduta:

elmo melho de Traqueia e urso

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____ Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Kátia C. Costa Silva
T.O. Enfermagem
CREM 629246

03:15

Q. Seta 100 x 1 + Comp. 3 (C)

Q. Mauseito 01 PA + 10 (C)

Q. Dipirona 01 PA + Dexamet. 4,0 mg 21 PA (C)

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
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 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO 19/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 42,02	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 12/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 12/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 077170863	CONTA CONTRATO 7030230390 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico S1
--	--	--	---

PERÍODO CONSUMO 14/08/2019 a 12/09/2019	CONSUMO 9
---	---------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7030230390	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 42,02	VENCIMENTO 19/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

83830000004 420200110071 030230390104 141876370036



DADOS DO CLIENTE
 ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3
 CENTRO SANTA CRUZ DO CAPIBARIÉ
 SANTA CRUZ DO CAPIBARIÉ PE
 55192-305

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE CONSUMO	DATA DE EMISSÃO
07/08/2019	05/09/2019	09/10/2019
12/08/2019	09/09/2019	08/10/2019

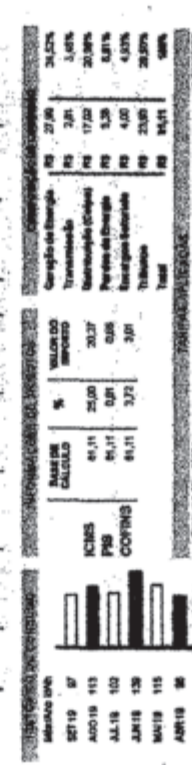
05/09/2019 2011168068 3423002
 Consumo (Atividade)
 Acrisiano Bandeira VERMELHA
 Contra. Num. Pública Municipal
 ICMS Substância-CDE-AP 064814149-05/09/19
 ICMS Substância-CDE-AP 066260284-05/07/19

7008475480 09/2019
 12/09/2019 08/10/2019
 84,83

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
87,00000000	0,77852220	76,81
		6,50
		2,07
		0,84
		0,71

TOTAL DA FATURA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR
Consumo (Atividade)	87,00000000	0,77852220	76,81
Imposto de Renda			6,50
Imposto de Renda			2,07
Imposto de Renda			0,84
Imposto de Renda			0,71



BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPORTE	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	41,11	25,00	10,28
COPIS	41,11	0,00	0,00
COPIS	41,11	3,75	1,54
Total			11,82

5481 C588 1058 0203 9637 BLOC 8E08 D140
 03/08/2020

VALÍDUA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1421884961
 PROIBIDO PLASTIFICAR
 1421884961

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO
 ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERRAZ
 4810389 889 PE
 945.234.444-04 26/07/1974
 JOSE GOMES DE NOBIA
 IZABELTE FERRIRA DE MO
 0237505879 08/04/2022 17/06/2002
 OBSERVAÇÕES
 M. M. Moura de A. Ferraz
 SURUBIM - PE 10/04/2017
 53286755908
 2807865572
 PERNAMBUCO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
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 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO 19/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 42,02	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 12/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 12/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 077170863	CONTA CONTRATO 7030230390 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico S1
--	--	--	---

PERÍODO CONSUMO 14/08/2019 a 12/09/2019	CONSUMO 9
---	---------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7030230390	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 42,02	VENCIMENTO 19/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

83830000004 420200110071 030230390104 141876370036



DADOS DO CLIENTE
 ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3
 CENTRO SANTA CRUZ DO CAPIBARIÉ
 SANTA CRUZ DO CAPIBARIÉ PE
 55192-305

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

PERÍODO FISCAL	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO
07/08/2019	UNICA	09/09/2019
07/08/2019	07/08/2019	08/10/2019
09/09/2019	09/09/2019	08/10/2019

09/09/2019 2011168068 3423002
 Consumo (Atividade)
 Acrisiano Bandeira VERMELHA
 Contra. Sum. Pública Municipal
 ICMS Subseq. ICMS-AP 064814149-05/09/19
 ICMS Subseq. ICMS-AP 064814149-05/09/19

PERÍODO FISCAL	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO
09/09/2019	UNICA	08/10/2019
09/09/2019	09/09/2019	08/10/2019
09/09/2019	09/09/2019	08/10/2019

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
87,00000000	0,77852220	76,81
		6,50
		2,07
		0,84
		0,71

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
87,00000000	0,77852220	76,81
		6,50
		2,07
		0,84
		0,71

TOTAL DA FATURA 84,83

PERÍODO FISCAL	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO
09/09/2019	UNICA	08/10/2019
09/09/2019	09/09/2019	08/10/2019
09/09/2019	09/09/2019	08/10/2019

PERÍODO FISCAL	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO
09/09/2019	UNICA	08/10/2019
09/09/2019	09/09/2019	08/10/2019
09/09/2019	09/09/2019	08/10/2019

PERÍODO FISCAL	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO
09/09/2019	UNICA	08/10/2019
09/09/2019	09/09/2019	08/10/2019
09/09/2019	09/09/2019	08/10/2019

09/09/2019 2011168068 3423002
 Consumo (Atividade)
 Acrisiano Bandeira VERMELHA
 Contra. Sum. Pública Municipal
 ICMS Subseq. ICMS-AP 064814149-05/09/19
 ICMS Subseq. ICMS-AP 064814149-05/09/19

09/09/2019 2011168068 3423002
 Consumo (Atividade)
 Acrisiano Bandeira VERMELHA
 Contra. Sum. Pública Municipal
 ICMS Subseq. ICMS-AP 064814149-05/09/19
 ICMS Subseq. ICMS-AP 064814149-05/09/19

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1421884961
 1421884961
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 2007
 ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERRAZ
 4810389 889 PE
 945.234.444-04
 26/07/1974
 JOSE GOMES DE NOBIA
 IZABELTE FERREIRA DE MO
 0237505879
 08/04/2022
 17/06/2002
 OBSERVAÇÕES
 M. M. Moura de A. Ferraz
 SURUBIM - PE
 10/04/2017
 53286755900
 2807865572
 PERNAMBUCO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M^o MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.157.694 / 07 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.157.694 / 07 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55192-305</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98129-8619</u>

Santa Cruz do 11 de OUTUBRO de 2019
CAPIBARIBE Local e Data

Adriana M^o M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante