



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 PEDRO FERREIRA DUARTE SANTOS inscrito (a) no CPF 042.350.054 / 64 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.851.354 / 75, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.851.354 / 75, 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		Número	Complemento
<u>AV. SÃO PAULO</u>		<u>175</u>	<u>APB 204-A</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>JARDIM SÃO PAULO</u>	<u>RECIFE</u>	<u>PE</u>	<u>50781-600</u>
E-mail	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>pedro.ferraz@atencao.p.com.br</u>			<u>81 98602-1655</u>

RECIFE, 23 de MARÇO de 2020
Local e Data

Pedro Ferraz Santos

Assinatura do Declarante

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR	PRONTUÁRIO: 1652436	ATENDIMENTO: 01042497
DATA DE NASCIMENTO: 30/04/1985	FOI ATENDIDO EM: 19/10/2018 ÀS 17H58	
	DATA DA ALTA: 09/11/2018 ÀS 18:56	

Diagnóstico Provável:

HD:
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA D
FRATURA DE FEMUR D
FRATURA FECHADA DE PUNHO D
FRATURA DE 5º METATARSO D

Tratamento Realizado:

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PELA URGENCIA DA FX DE PUNHO DIREITO E 5º MTTD
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL NO DIA 22/10/18 POR DR. BERNARDO CHAVES
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQ NO DIA 07/11/2018 POR DR. JOSE GUSTAVO

Observação:

ALTA HOSPITALAR DA ORTOPEDIA
ANALGESIA
ANTIBIOTICOTERAPIA
XARELTO
FISIOTERAPIA MOTORA
ORIENTAÇÕES
RETORNO PARA EMERGENCIA, SE INTECORRÊNCIAS

Encaminhado para:

RETORNO AMBULATORIAL COM DR. BERNARDO CHAVES COM 15 DIAS
RETORNO AMBULATORIAL COM DR. JOSÉ GUSTAVO COM 15 DIAS


JOSE DIAS OLIVEIRA NETO - CRM: Nº.10676



Recife, 09, NOVEMBRO, 2018

ATENÇÃO:

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

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1041408

Nome: Joni Dilton Farias Junior

Foi atendido às 17:23 hs. do dia 17, 10, 18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
metecidístico, causando com fratura de
mandíbula (Corpo E e Ângulo D)

CID S02.6

* Necessita de 30 dias de repouso domiciliar.

Tratamento Realizado: Cirurgia red. pda. dia 18/10/18
por Dr Carlos, Dra Thairina e Dra Hanna,
para redução, fixação de fratura com interposição
de 2 placas 2.0mm em corpo mandibular (E)
2 placas 2.0mm ângulo mandibular (D).

Observação: Retornar ao ambulatório de Dr Carlos
Quinta-feira às 13:00 dia. 22/11/18

Cópia de: Alta BMF (21/10/18)

Ruan Viana
Cirurgião Traumatologia
Bucco - Maxilo - Facial
CRO PE 12759

Médico - CRM Nº

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
ICOM - NÃO VERIFICADO

18 JAN 2019

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Dez de Janeiro, 358 - Centro - (81) 3519-0217 -
serventianotarialsl@gmail.com.

COPIA colorida AUTENTICA, conforme original apresentado. DOU FÉ. São
Lourenço da Mata, 25/10/2018, 08:59. Cicera Graciele Ramos Ribeiro -
escrevente autorizada. Ao Cartórios R\$ 3,07 - TSMR: R\$ 0,68 -
FERC: R\$ 0,34 - Total: R\$ 4,09 Selo (s): 0159483.FMD10201801.00215

Consulte a autenticidade em: www.tpe.jus.br/validar

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1041408

Nome: Jen Dárcen Frazz Junior

Foi atendido às 17:23 hs. do dia 17, 10, 18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
metacerebral, com fratura de
mandíbula (Corpo E - Ang. de D)

CID 502.6

* Núscula de 30 dias de repouso domiciliar.

//

Tratamento Realizado: Cirurgia red. pbn. dia 18/10/18
por Dr Carlos, Dra Thaisa e Dra Hanna,
para redução, fixação de fratura com introdução
de 2 placas 2.0mm em corpo mandibular (E)
2 placas 2.0mm ang. de mandibular (D).

Observação: Retornar ao ambulatório de Dr Carlos
Ampla-guia às 13:00 dia 22/11/18.

Cópia de: Alta BMF (21/10/18)

Ruan Viana
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CROPE 12759

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR	PRONTUÁRIO: 1652436	ATENDIMENTO: 01042497
DATA DE NASCIMENTO: 30/04/1985	FOI ATENDIDO EM: 19/10/2018 Às 17H58	
	DATA DA ALTA: 09/11/2018 ÀS 18:56	

Diagnóstico Provável:

HD:

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA D
FRATURA DE FEMUR D
FRATURA FECHADA DE PUNHO D
FRATURA DE 5º METATARSO D

Tratamento Realizado:

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PELA URGENCIA DA FX DE PUNHO DIREITO E 5º MTTD
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL NO DIA 22/10/18 POR DR. BERNARDO CHAVES
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQ NO DIA 07/11/2018 POR DR. JOSE GUSTAVO

Observação:

ALTA HOSPITALAR DA ORTOPEDIA
ANALGESIA
ANTIBIOTICOTERAPIA
XARELTO
FISIOTERAPIA MOTORA
ORIENTAÇÕES
RETORNO PARA EMERGENCIA, SE INTECORRÊNCIAS

Encaminhado para:

RETORNO AMBULATORIAL COM DR. BERNARDO CHAVES COM 15 DIAS
RETORNO AMBULATORIAL COM DR. JOSÉ GUSTAVO COM 15 DIAS


JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: Nº.10676

Recife, 09, NOVEMBRO, 2018

ATENÇÃO:

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

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR	PRONTUÁRIO: 1652436	ATENDIMENTO: 01474319
DATA DE NASCIMENTO: 30/04/1985	FOI ATENDIDO EM: 28/08/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 07/09/2019 ÀS 00:13	

Diagnóstico Provável:

CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Tratamento Realizado:

ILIZAROV

Observação:

AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 120 DIAS

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE DR GUTENBERG COM 5 DIAS

Dr. Jenner P.
Ortopedia e Traumatologia

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: N° 7472

Recife, 07, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX) 81 - 3181-5400

CONCESSÃO DE CARTÃO VEM LIVRE ACESSO

Lei nº. 14.916/2013 – Decreto nº. 42.887 de 08/04/2016

ATESTADO MÉDICO

Carimbo da Unidade Credenciada ou pertencente à rede de Serviços do SUS

110.572.343.002-03

SES - Hospital da Restauração -

Av. Agamenon Magalhães, S/N
Derby - CEP: 52.010-040

RECIFE - PE

Município: Recife Data: 06.12.19

Atesto para a finalidade de concessão de gratuidade no transporte coletivo da Região Metropolitana de Recife, que o (a) Sr. (a) José Dison Farias Jr., portador do documento de identificação (tipo e número) 6183745 RG, possui a deficiência permanente abaixo assinalada:

- () Deficiência Auditiva - CID Versão 10 : _____
- ☒ Deficiência Física - CID Versão 10 : T-93
- () Deficiência Intelectual - CID Versão 10 : _____
- () Deficiência Visual - CID Versão 10 : _____

Esclarecer o tipo e grau da deficiência do interessado e se permanente, de acordo com a Lei Esta 14.916/2013.

Apresenta a fratura de punho direito e déficit na marcha e perda de parte mols.

Esclarecer a necessidade ininterrupta ou não de acompanhante.

Não.

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo com CREM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5938981 SSP PE

CPF
042.380.054-64

DATA NASCIMENTO
20/07/1983

FILIAÇÃO
**FERNANDO QUARESMA DOS SANTOS
SEVERINA DORGES FERREI
RA DOS SANTOS**

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. HAB.
A2

Nº REGISTRO
02306555503

VALIDADE
21/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
26/04/2002

OBSERVAÇÕES

Pedro F. Q. dos S.

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
21/09/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

SIGNATURA DO EMISSOR

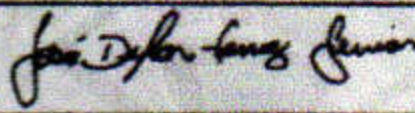
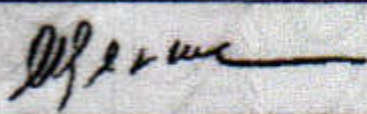
10944719525
PE081367538

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485322621

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485322621



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1107026196	NOME	JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF	6183745 SDS PE
	CPF	060.851.354-75
	DATA NASCIMENTO	30/04/1985
	FILIAÇÃO	JOSE DILSON FERRAZ MARIA DAS GRACAS SILVA
	PERMISSÃO	ACC CAT. HAB. AD
	Nº REGISTRO	03437693965
	VALIDADE	28/08/2020
	1ª HABILITAÇÃO	26/11/2004
PROIBIDO PLASTIFICAR 1107026196	OBSERVAÇÕES	
	Exerce Ativ Remunerada	
		
	ASSINATURA DO PORTADOR	
	LOCAL	RECIFE - PE
	DATA EMISSÃO	10/09/2015
		01352668845 PE067679668
	ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5938981 SSP PE

CPF
042.350.054-64

DATA NASCIMENTO
20/07/1983

FILIAÇÃO
FERNANDO QUARESMA DOS SANTOS
SEVERINA BORGES FERREIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02306555909

VALIDADE
21/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
26/04/2002

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
Pedro F. Q. dos Santos

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
21/09/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

10844719525
PE081367538

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485322621

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485322621

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$: _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT -
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18-JAN-2016
Gente Seguros

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO, OS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA(S) TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 011713849059 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE

EXERCÍCIO
2015

DATA EMISSÃO
23/03/15

VIA
1

CPF / CNPJ

060.851.354-75

PLACA
PFD4673

RENAVAM

457700416

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN E3

ANO FAB.
2011

CAL. TABE.
09

Nº CHASSI

9C2JC4120CR533719

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.508/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 9431485082

78061942316

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

1

COD. RENAVAM

457700416

RNTRC

NOME / ENDEREÇO

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

RUA JOAO TRAJANO DA SILVA, 152

CASA BONCI

RECIFE-PE

50760-02

CPF / CNPJ

060.851.354-75

PLACA

PFD4673

NOME ANTERIOR

MOTO MAIS LTDA

PLACA ANT./UF

CHASSI

9C2JC4120CR533719

ESPECIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTÍVEL

GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN E3

ANO FAB.

2011

ANO M

2011

CAP./POT./CIL

29/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BV FINANCEIRA SA C.F.I.

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

GUARDE EM LOCAL SEGURO

LOCAL

RECIFE-PE

DATA

17/03

Maria de Fátima Deserra B. Co

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 01229911610

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

1

COD. RENAVAM

457700416

RNTRC

EXERCÍCIO

2016

NOME

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

RECIFE-PE

CPF / CNPJ

060.851.354-75

PLACA

PFD4673

PLACA ANT./UF

CHASSI

9C2JC4120CR533719

ESPECIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA/

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN E3

ANO FAB.

2011

ANO M

2011

CAP./POT./CIL

29/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2016 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1ª *****

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

1

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BV FINANCEIRA SA C.F.I.

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

LOCAL

DATA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013127178807

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	457700415	*****	2017

NOME

JOSE DILSON FERPAZ JUNIOR

RECIFE-PE

CPF / CNPJ	PLACA
060.831.354-75	FFD4673
PLACA ANT / UF	CHASSI
***** / PE	9C2JC412BCR533719

ESPECIE TIPO

MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2012

CAP / POT / CIL

2P/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

IPVA 2017 QUITADO

1ª *****

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

A 1

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

AL. PID. SV FINANCEIRA SA C F I

NÃO VALE PARA TRANSFERÊNCIA

RECIFE

LOCAL

DATA

29/01/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101559/20

Vítima: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

CPF: 060.851.354-75

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

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

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 042.350.054-64

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

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR : 060.851.354-75

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: 24/03/2020
Nome: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 042.350.054-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128696 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR **Data do acidente:** 17/10/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO CORPO MANDIBULAR ESQUERDO E ÂNGULO DIREITO.
FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.
FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MANDÍBULA - PLACA E PARAFUSOS / TÍBIA - FIXADOR EXTERNO - ILIZAROV) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 04, DR. GUTTEMBERG CRUZ, CRM/PE 13281, 06/12/2019.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante infra qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

Outorgante: José Dilson Ferraz Júnior, solteiro, motorista, portador da cédula de identidade nº 6183745 e do CPF nº 060.851.354-75, residente e domiciliado na Rua Das Papoulas, nº 105, Penedo, CEP 54715-655, São Lourenço da Mata/PE.

Outorgado: Pedro Ferreira Quaresma Dos Santos, casado, portador do documento de identidade nº 5938981 SSP/PE e do CPF nº 042.350.054-64, residente e domiciliado na Avenida São Paulo, 175, apto204-A, Jardim São Paulo, Recife-PE.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT, enfim, requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, 19 de novembro de 2018

Outorgante



Jose Dilson Ferraz Junior



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante infra qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

Outorgante: José Dilson Ferraz Júnior, solteiro, motorista, portador da cédula de identidade nº 6183745 e do CPF nº 060.851.354-75, residente e domiciliado na Rua Das Papoulas, nº 105, Penedo, CEP 54715-655, São Lourenço da Mata/PE.

Outorgado: Pedro Ferreira Quaresma Dos Santos, casado, portador do documento de identidade nº 5938981 SSP/PE e do CPF nº 042.350.054-64, residente e domiciliado na Avenida São Paulo, 175, apto204-A, Jardim São Paulo, Recife-PE.

Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT, enfim, requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Recife, 03 de março de 2020

Outorgante



José Dilson Ferraz Júnior

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Oza de Janeiro, 358 - Centro
(01) 3518-0217 - serventianotariela1@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: (1) José Dilson Ferraz Júnior - São Lourenço da Mata, 13/03/2020, 11:12, DOU PE, Anna Gabriella Farinha de Medeiros - Substituta, Ao Cartório: R\$ 3,71 - TSNR: R\$ 0,02 - FERC: R\$ 0,41 - FERN: R\$ 0,04 - FUNSEG: R\$ 0,08 - ISS: R\$ 0,21 - Total: R\$ 5,27. Selo(s): 0199483.LCC03202001.00294

Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validador

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022248/19

Vítima: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

CPF: 060.851.354-75

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 042.350.054-64

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

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR : 060.851.354-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2019
Nome: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 042.350.054-64

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101559/20

Vítima: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

CPF: 060.851.354-75

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

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

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS : 042.350.054-64

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

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR : 060.851.354-75

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: 24/03/2020
Nome: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
CPF: 042.350.054-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128696

Vítima: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

Data do Acidente: 17/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

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, 08 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128696

Vítima: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

Data do Acidente: 17/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 0000051395-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **060.851.354-75** Nome completo da vítima: **JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR**

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

Nome completo: **JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR** CPF: **060.851.354-75**

Profissão: **MOTORISTA** Endereço: **RUA DAS PAPOLAS** Número: **105** Complemento: _____

Bairro: **PENEDO** Cidade: **SÃO LOURENÇO DA MATA** Estado: **PE** CEP: **54715-655**

E-mail: _____ Tel.(DDD): **81 99323-4436**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0048** CONTA: **00051395** **8**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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 apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **RELIFE, 14 DE JANEIRO DE 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	060.851.354-75	JOSE DILSON FERRAZ JÚNIOR	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
JOSE DILSON FERRAZ JÚNIOR		060.851.354-75	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
MOTORISTA	RUA DAS PAPULAS	50	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
PEREIRO	SÃO LOURENÇO DA MATA	PE	54715-655
E-mail:		Tel.(DDD):	
		81	98789-5160

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00051395 8

(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)	Local e Data: RECIFE, 23 DE MARÇO DE 2020	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	
	CPF: _____	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



4992 22
0022248/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO
DA MATA - DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0128004085

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2018** às **11:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **17/10/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENÇO DA MATA, 01,**
AV. BELMINIO CORREIA, PROXIMO A PONTE NOVA DE PENEDE - Bairro:
CENTRO - SAO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

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

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA DAS GRACAS SILVA Pai: JOSE DILSON FERRAZ Data de Nascimento: 30/4/1988
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA DAS PAPOULAS,**
105, PENEDE. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENÇO DA
MATA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR**, que
estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



letim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Placa: **PFD4673** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**Complemento / Observação**

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DE PLACA: PFD-4673, QUANDO ESTAVA ULTRAPASSANDO UM ONIBUS DA EMPRESA 1982, UMA OUTRA MOTOCICLETA ULTRAPASSOU O REFERIDO ONIBUS E COLIDIU COM O VEICULO DA VITIMA. AFIRMA QUE SOFREU AS SEGUINTE LESOES: FRATURA EXPOSTA TIBIA D, FRATURA DE FEMUR D, FRATURA FECHADA PUNHO D, FRATURA DE 5º METATARSO D, SEM COMO FRATURA DA MANDIBULA. A VITIMA ENTÃO FOI SOCORRIDA PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS E FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, ONDE PERMANECU ATÉ RECEBER ALTA.

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

Jose Dilson Ferraz Junior
JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAGNUM SANSÃO MENDES LIMA** - Matrícula: **273258-0**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO
DA MATA - DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0128004085

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/12/2018 às
11:23

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 17/10/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01,
AV. BELMINIO CORREIA, PROXIMO A PONTE NOVA DE PENEDO - Bairro:
CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVIDUO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

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

**JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA DAS GRACAS SILVA Pai: JOSE DILSON FERRAZ Data de Nascimento: 30/4/1988
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SAO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA DAS PAPOULAS,
105, PENEDO. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA
MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR, que
estava em posse do(a) Sr(a): JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

etim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infop

Placa: **PFD4673** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**Complemento / Observação**

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA PLACA: PFD-4673, QUANDO ESTAVA ULTRAPASSANDO UM ONIBUS DA EM 1982, UMA OUTRA MOTOCICLETA ULTRAPASSOU O REFERIDO ONIBUS E COLIDIU COM O VEICULO DA VITIMA. AFIRMA QUE SOFREU AS SEGUINTE LESOES: FRATURA EXPOSTA TIBIA D, FRATURA DE FEMUR D, FRATURA FECHADA PUNHO D, FRATURA DE 5º METATARSO D, SEM COMO FRATURA DA MANDIBULA. A VITIMA ENTÃO FOI SOCORRIDA PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS E FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, ONDE PERMANECERÁ PARA RECEBER ALTA.

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

Jose Dilson Ferraz Junior
JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAGNUM SANSÃO MENDES LIMA** - Matrícula: 2731

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **060.851.354-75** Nome completo da vítima: **JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR**

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

Nome completo: **JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR** CPF: **060.851.354-75**

Profissão: **MOTORISTA** Endereço: **RUA DAS PAPOLAS** Número: **105** Complemento: _____

Bairro: **PENEDO** Cidade: **SÃO LOURENÇO DA MATA** Estado: **PE** CEP: **54715-655**

E-mail: _____ Tel.(DDD): **81 99323-4436**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0048** CONTA: **00051395** **8**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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 apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **RELIFE, 14 DE JANEIRO DE 2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	060.851.354-75	JOSÉ DILSON FERRAZ JÚNIOR
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
JOSÉ DILSON FERRAZ JÚNIOR		060.851.354-75
Profissão:	Endereço:	Número:
MOTORISTA	RUA DAS PAPULAS	50
Bairro:	Cidade:	Estado:
PEREIRO	SÃO LOURENÇO DA MATA	PE
E-mail:		CEP:
		54715-655
		Tel.(DDD):
		81 98789-5160

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00051395 8

(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Assinatura digital da vítima/beneficiário	Local e Data: RECIFE, 23 DE MARÇO DE 2020	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	
	CPF: _____	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>Jose Dilson Ferraz Junior</i>	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
		2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001650 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR, 33 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6183745 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 060.851.354-75, residente à RUA DAS PAPOULAS, nº 105, , PENEDO, SAO LOURENCO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 17/10/2018, por volta das 16:06 hs, no endereço: RODOVIA PE 15, S/N, PENEDO SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA CG FAN PRETA PFD4673-PE ; MOTOCICLETA FAN PRETA PFL7661-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR, inscrito sob o CPF nº 060.851.354-75 e Registro Geral ° 6183745, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707049-7 ANAILTON. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1652436. Ficou aos cuidados do médico KARLA J.B.LORA, registro 18431. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 19/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001650

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001650 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^a). JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR, 33 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6183745 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 060.851.354-75, residente à RUA DAS PAPOULAS, nº 105, , PENEDO, SAO LOURENCO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 17/10/2018, por volta das 16:06 hs, no endereço: RODOVIA PE 15, S/N, PENEDO SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA CG FAN PRETA PFD4673-PE ; MOTOCICLETA FAN PRETA PFL7661-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^a) JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR, inscrito sob o CPF nº 060.851.354-75 e Registro Geral ° 6183745, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707049-7 ANAILTON. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1652436. Ficou aos cuidados do médico KARLA J.B.LORA, registro 18431. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 29/02/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001650

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000051395-8

Nr. da Autenticação 9595CE918959D9B8

REMETENTE

034778

INSS

AG DA P SOCIAL SAO LOURENCO DA MATA

R FREI CANECA, N. 301/307

CENTRO

SAO LOURENCO DA MATA - PE

54735-796

☐ MUDOU-SE

☐ RECUSADO

☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO

☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐ NÃO PROCURADO

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO

☐ AUSENTE

☐ DESCONHECIDO

☐ FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



034542



JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

RUA DAS PAPOLA 105

PENEDO

SAO LOURENCO DA MATA PE

54715-655



5013196987423380000003454230291118





00025377



PC-00

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
AV S PAULO 175
AP 204 BC A - JD S PAULO
50781-600 RECIFE - PE

Postagem: 22/12/2018

Vencimento: 01/01/2019

Emissão: 22/12/2018

221218

Fechamento próxima fatura: 27/01/2019

Titular **PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.3790**



JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR
R DAS PAPOULAS 50
RUA DAS PAPOULAS PENEDO
54715 - 655 SAO LOURENCO DA MATA PE

Acesse sua conta e outros serviços
No App Minha Claro
Na internet: minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para leitura em braille, ligue 1052
Para deficientes auditivos, ligue 0800367373

ClaroClube

Saldo de pontos em 18/02/20 1,895
Pontos resgatados em 31/01 0

Veja aqui o que está sendo cobrado:

1. Plano Contratado	R\$	52,99
Total	R\$	52,99

2ª Via de Fatura
Período de Uso
de 21/01/2020 a 20/02/2020
Vencimento
10/03/2020

Valor pago na última conta: R\$ 49,99

1. Plano Contratado	81 99323 4436	Valor R\$
Oferta Conjunta Claro MIX		62,99
Aplicativos Digitais		-
Claro Controle 4GB - Minutos ilimitados (158)		-
Desconto promocional		-10,00
Serviços Incluídos no seu Plano		
Bônus de internet promocional 12 meses - 4GB		
Bônus de relacionamento - 1GB		
Pacote de Dados Controle 4GB		

Sub Total - Plano Contratado R\$ 52,99

Total a Pagar R\$ 52,99

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR	112019367	21/01/20 a 20/02/20	R\$ 52,99	10/03/20
	Claro NE DDD 81 a 89			

84810000000-8 | 52990221202-8 | 00310112019-7 | 36702518122-0



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

HiperCard

00089746



PC -00

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS
AV S PAULO 175
AP 204 BC A - JD S PAULO
50781-600 RECIFE - PE

291019

Postagem: 29/10/2019
Vencimento: 08/11/2019
Emissão: 29/10/2019

Fechamento próxima fatura: 29/11/2019

Titular **PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.3790**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para

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/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu PEDRO FERREIRA DUARTE MACHADO SANTOS inscrito (a) no CPF 042.350.054 / 64
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR inscrito
(a) no CPF sob o Nº 060.851.354 / 75 do sinistro de DPVAT cobertura INIALIDEC da Vítima
O MESMO inscrito (a) no CPF sob o Nº _____
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, residente em _____ 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>AV. SÃO PAULO</u>		Número <u>175</u>	Complemento <u>APTO 204-A</u>
Bairro <u>JARDIM SÃO PAULO</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50781-600</u>
E-mail <u>PEDRO_FAS@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81 98602-1655</u>

RECIFE 14 de JANEIRO de 2019
Local e Data

PEDRO FAS

Assinatura do Declarante