



## 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Pedro Ferreira Duarés das Santas, 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 <u>Av. SÃO PAULO</u>		Número <u>175</u>	Complemento <u>Andar 204-A</u>
Bairro <u>JARDIM SÃO PAULO</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50781-600</u>
Email <u>Pertho_jg@hotmail.com.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>81 98602-1655</u>	Telefone celular (DDD)	

RECIFE 23 de MARÇO de 2020  
Local e Data

Pedro Ferreira Duarés das Santas  
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 EXPÓSTA DE TIBIA D  
FRATURA DE FÉMUR D  
FRATURA FECHADA DE PUNHO D  
FRATURA DE 5º METATARSO D

#### Tratamento Realizado:

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

#### Observação:

ALTA HOSPITALAR DA ORTOPEDIA  
ANALGESIA  
ANTIBIOTICOTERAPIA  
XARELTO  
FISIOTERAPIA MOTORA  
ORIENTAÇÕES  
RETORNO PARA EMERGÊNCIA, 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.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento : 1041408

Nome: Tere Dihon Fernaz, Júnior

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

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente metacíclico, causando com protuna de mandíbula (Carga E + Órgão D)

CID SO2.6

\* Necessita de 30 dias de repouso domiciliar.

11

Tratamento Realizado: Cirurgia realizada dia 18/10/18 por Dr Carlos, Drh Thaísa e Dra Hanna, para remoção de placas de protuna com interação de 2 placas 2.0 mm em corporamandibular (E) e 2 placas 2.0 mm órgão mandibular (D).

Observação: Retornar ao ambulatório de Dr Cambi Aminta - jira às 13:00 dia 22/11/18

Cópia de: Alta BMF (21/10/18)

Ruan Viana  
Cirurgião e Traumatologista  
Busto - Maxilo - Facial  
CRO-PE 12759

Médico - CRM Nº

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
COPIA DE SERV. NAO 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 N° 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 -  
serventia.notarials1@gmail.com.

CÓPIA colorida AUTÉNTICA, conforme original apresentado. DOU-FE. S. Lourenço da Mata, 25/10/2018, 08:59. Cícera Gracielle Ramos Ribeiro - escrevente autorizada. Ao Cartório: R\$ 3,07 - TSNR: R\$ 0,68 - FERCI: R\$ 0,34 - Total: R\$ 4,09 Selo (s): 0159483.FN010201901-00215



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1041408

Nome: Ton Dihen Finaz Junior

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

Diagnóstico Próvel: Paciente vítima de acidente  
motociclistico, envolvendo com protese de  
mandíbula (Corpo C - Cing. L. ①)  
CID 502.6

\* Necessita de 30 dias de repouso domiciliar.

//

Tratamento Realizado: Cirurgia red. prot. dia 18/10/18  
por Dr. Contes, Dr. Thaissa e Dra Hanna,  
para remoção e reparo de protese com intubação  
de 2 placas 2.0 mm em corporomandibular (E) e  
2 dente 2.0 mm da... mandibular (D).

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

Cópia de: Alta BMF (21/10/18)

Ruan Viana  
Chirurgia e Traumatologia  
Bucal - Maxilo - Facial  
CRM-PE 12759

Médico - CRM N°

**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.

Cód. 0086



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

<b>NOME:</b> JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1652436	<b>ATENDIMENTO:</b> 01042497
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 30/04/1985	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 19/10/2018 ÀS 17H58	<b>DATA DA ALTA:</b> 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 CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA DA FX DE PUNHO DIREITO E 5º MTTD  
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL NO DIA 22/10/18 POR DR. BERNARDO CHAVES  
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 EMERGÊNCIA, 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.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

<b>NOME:</b> JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1652436	<b>ATENDIMENTO:</b> 01474319
DATA DE NASCIMENTO: 30/04/1985	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 28/08/2019 Às	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 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 GUTEMBERG COM 5 DIAS

*Or. Joaquina Faria*

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - 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 (0XX1) 11 - 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

SEJ - Hospital da Restauração

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

RECIFE - PE

L

HR

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 Dibon Fung Jr. , porta 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 Estadual 14.916/2013.

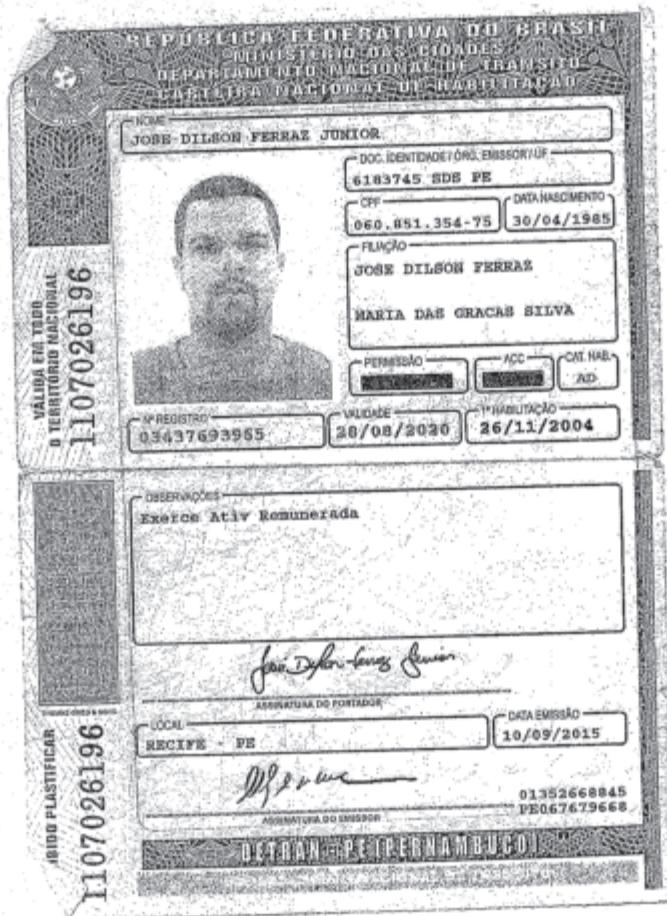
Liquido a fratura da perna direita com deficiencia  
Marcha e perde a perna muito.

Esclarecer a necessidade ininterrupta ou não de acompanhante.

Nas

Guttenberg Cruz  
PROFISSIONAL CONSULTOR CLÍNICO  
CRM PE 00000000000000000000

Assinatura e Carimbo com CREMI









AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

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

VALOR R\$:

NOME DO COMPRADOR:

RG:

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

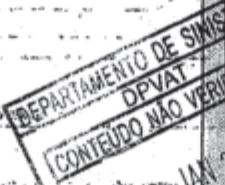
*Jose Dillon Ferraz Júnior*  
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

- 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 8.503 - 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.



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 011713B49059 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

REC/PE

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 23/03/15

VIA 1 CPF/CNPJ 060.851.354-75

PLACA PFD4673

RENAVAM 4577004161

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN E3

ANO FAB. 2011

DATA FAB. 09

Nº CHASSI 9C2JC4120CR533719

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)  
SEGURADO PAGO

IPF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.296.508/0001-04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE

Nº 9431483082

78061942316

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA  
1

CÓD. RENAVAM  
4577004161

FATRC  
\*\*\*\*\*

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR  
RUA JOAO TRAJANO DA SILVA 153  
CASA BONITA  
RECIFE-PE

50760-021

060 851 254-75

PLACA  
PFD4672

NOME ANTERIOR

MOTO MAIS LTDA

PLACA ANT/PLA

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  
20120797

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

OBSERVAÇÕES

AL FIO. BY FINANCIERA C.F.I.  
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA  
GUARDE EM LOCAL SEGURO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE

Nº 01229911610

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCUL

VIA  
1

CÓD. RENAVAM  
4577004161

FATRC  
\*\*\*\*\*

EXERCÍCIO  
2016

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

REC/PE

060 851 254-75

PLACA  
PFD4672

PLACA ANT/PLA

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  
1º \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º \*\*\*\*\*

1

3º \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
SEGURADO PAGO

IPF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

IPVA 2016 QUITADO

OBSERVAÇÕES

AL FIO. BY FINANCIERA C.F.I.  
DOCUMENTO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA  
NÃO VÁLIDO PARA OBRIGATÓRIO

REC/PE

DATA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETAN - PE **Nº 013127178807**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

RECIFE - PE

CPF / CNPJ PLACA  
060.851.354-75 PFD4673

PLACA ANT / UF CHASSI  
\*\*\*\*\* / PE 9C2JC412BCR533719

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.  
2011 2012

HONDA/CG 125 FAN ES

CAP / POT / CIL.

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/124CL

PARTIC

PRETA

I

COTA ÚNICA

IPVA 2017 QUITADO

V

FAIXA IPVA

A

1

VENC. COTA ÚNICA

1º

\*\*\*\*\*

2º

\*\*\*\*\*

3º

\*\*\*\*\*

VENC / COTAS

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. SV FINANCEIRA SA C F I

RECIFE

LOCAL: RECIFE DATA: 29/01/17

Charles Andrews Souza Biheixo  
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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/10/2018

**Titular do CPF:** JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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 FÉMUR 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## Procuração

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

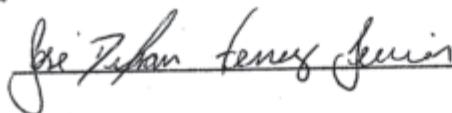
Outorgante: José Dilson Ferraz Júnior, solteiro, motorista, portador da cédula de identidade nº 6183745 e do CPF nº 060.851.354-75, residente e domiciliado na Rua Das Papoulas, nº 105, Penedo, CEP 54715-655, São Lourenço da Mata/PE.

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE  
Rua Dez de Janeiro, 358 - Centro - (81) 3519-0217 -  
serventianotarial1@gmail.com. Reconhecido por AUTENTICIDADE a(s)  
firma(s) de: (1) José Dilson Ferraz Júnior, São Lourenço da Mata,  
19/12/2018, 12:00. INU FÉ. Anna Gabriella Farinha de Medeiros -  
escrevente autorizada. Ao Cartório: R\$ 3,59 - TMR: R\$ 0,80 -  
FECF: R\$ 0,40 - Total: R\$ 4,79. Selo(s): 0159483.IOE11201803.03240

Consulta e autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/validigital](http://www.tjpe.jus.br/validigital)



## 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.

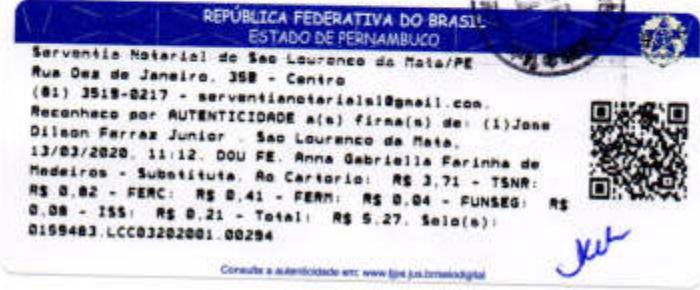
Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT, enfim, requerer e assinar todos 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



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022248/19

**Vítima:** JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

**CPF:** 060.851.354-75

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/10/2018

**Titular do CPF:** JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 18/01/2019

Nome: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS  
CPF: 042.350.054-64

Data do cadastramento: 18/01/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/10/2018

**Titular do CPF:** JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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, retorno 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](http://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

Profissão:

MOTORISTA

Bairro:

PENEDO

E-mail:

Endereço:

RUA DAS PAPOLAS

Cidade:

SÃO LOURENÇO DA MATA

CPF:

060.851.354-75

Número:

105

Complemento:

PE

CEP:

54715-655

Tel.(DDD):

81 99323-4436

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

RENDIMENTO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0048

CONTA: 00051395

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

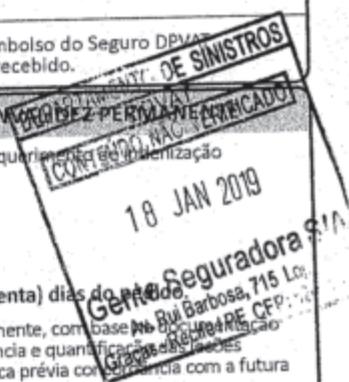
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 atende 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 acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento de identificação 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: Vivos: Falecidos: 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, RECIFE, 14 DE JANEIRO DE 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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.





## 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:		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
MOTORISTA	RUA DAS PAPULAS	50		
Bairro:	Cidade:	CEP:		
PENEDO	SÃO LOURENÇO DA MATA	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:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0048  CONTA: 0005/395  8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 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.

Local e Data, RECIFE, 23 DE MARÇO DE 2020

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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 RODO, 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.



499222  
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/9ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0128004085**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, 01,  
AV. BELMÍNIO CORRÉIA, PRÓXIMO A PONTE NOVA DE SÃO LOURENÇO** - Bairro:  
**CENTRO - SÃO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO**: (Usado na geragão 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** Mês: **MARIA DAS GRACAS SILVA** Pai: **JOSE DILSON FERRAZ** Data de Nascimento: **30/4/1988**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA DAS PAPOULAS, 105, PERNEDO. - CEP: 55880-000 - Bairro: CENTRO - SÃO 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 (PERNAMBUCONÃO INFORMADO)

**Complemento / Observação**

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DE PLACA: PFD-4673, QUANDO ESTAVA ULTRAPASSANDO UM ONIBUS DA EMPRESA 1802, 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, BEM COMO FRATURA DA MANDIBULA. A VITIMA ENTAO FOI SOCORRIDA PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS E FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, ONDE PERMANECEU 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 SANSAO 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 N.º 18E0128004085**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, 01, AV. BELMÍNIO CORRÉIA, PRÓXIMO A PONTE NOVA DE PENEDO** - Bairro: **CENTRO - SÃO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**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** Mão: **MARIA DAS GRACAS SILVA** Pai: **JOSE DILSON FERRAZ** Data de Nascimento: **30/4/1988**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA DAS PAPOULAS, 185, PENEDO. - CEP: 55880-000 - Bairro: CENTRO - SÃO 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)**

etim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopc

Placa: PFD4673 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)

**Complemento / Observação**

**RELATA A VITIMA QUE ESTAVA QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA PLACA: PFD-4673, QUANDO ESTAVA ULTRAPASSANDO UM ONIBUS DA EM 1882, UMA OUTRA MOTOCICLETA ULTRAPASSOU O REFERIDO ONIBUS E COLIDIU COM O VEICULO DA VITIMA. AFIRMA QUE SOFREU AS SEGUINTE LESOES: EXPOSTA TIBIA D, FRATURA DE FEMUR D, FRATURA FECHADA PUNHO D, DE 5º METATARSO D, BEM COMO FRATURA DA MANDIBULA. A VITIMA Foi SOCORRIDA PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, Onde RECEBEU ATENDIMENTOS E FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, ONDE PERMANECEREA ALTA.**

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

  
JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR  
(VITIMA)

B.O. registrado por: MAGNUM SANSAO MENDES LIMA - Matricula: 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

Profissão:

MOTORISTA

Bairro:

PENEDO

E-mail:

Endereço:

RUA DAS PAPOLAS

Cidade:

SÃO LOURENÇO DA MATA

CPF:

060.851.354-75

Número:

105

Complemento:

CEP:

54715-655

Tel.(DDD):

81 99323-4436

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

RENDIMENTO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0048

CONTA: 00051395

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

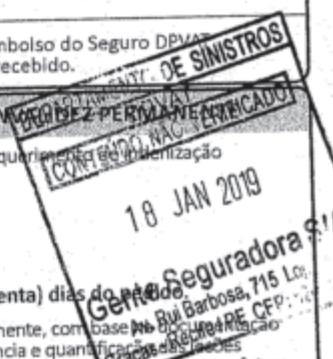
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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 atende 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 acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento de identificação 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: Vivos: Falecidos: 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

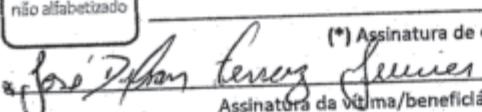
MORTE

Local e Data, RECIFE, 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

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | 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:	060.851.354-75
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
MOTORISTA	RUA DAS PAPDULAS	50	
Bairro:	Cidade:	CEP:	54715-655
PENEDO	SÃO LOURENÇO DA MATA	Estado:	PE
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:**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLISO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> 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):

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 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.

Local e Data, RECIFE, 23 DE MARÇO DE 2020

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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 RODO, 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**

**C E R T I D Ã O**

**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 nº 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**

**C E R T I D Ã O**

**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 nº 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.cbmpe.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  
 ENDEREÇO INSUFICIENTE       NÃO PROCURADO  
 NÃO EXISTE O NÚMERO  
INDICADO       AUSENTE  
 DESCONHECIDO       FALECIDO

INFORMAÇÃO ESCRITA PELO  
PORTEIRO/SÍNDICO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM: .....

RESPONSÁVEL

VISTO

FORM: CON39A

Impresso pela Dataprev



034542



PREVIDÊNCIA SOCIAL

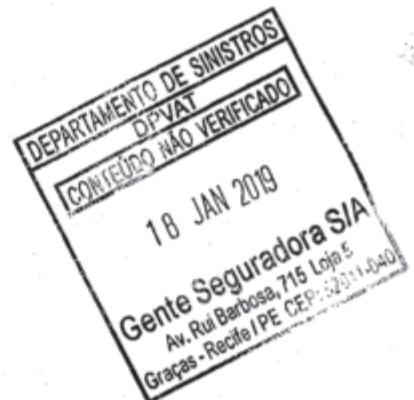
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR  
RUA DAS PAPOLA 105  
PENEDO  
SAO LOURENCO DA MATA - PE  
54715-655



5013196987423380000003454230291118





|||||

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

Fechamento próxima fatura: 27/01/2019

221218

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](http://minhaclaro.com.br)  
Pelo celular \*1052#  
No Atendimento Claro 1052  
Para fatura em braille, ligue 1052  
Para deficiente auditivo, ligue 08003367323

## 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  
Aplicativos Digitais  
Claro Controle 4GB - Minutos ilimitados (158)  
Desconto promocional

62,99

-

-

-10,00

### Serviços Inclusos 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 FUNTTFI (1% e 0,3% do valor dos serviços) não são 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 JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR	Código Débito Automático 112019367	Período de Uso 21/01/20 a 20/02/20	Total R\$ 52,99	Vencimento 10/03/20
--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------	------------------------

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



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

Pág. 1 / 2



00089746



A horizontal row of vertical bars of varying heights, representing a barcode.

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

## 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 227206 (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/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

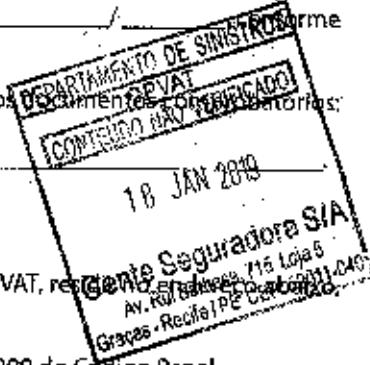
A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu PEDRO FERREIRA QUARESMADO SANTOS inscrito (a) no CPF 042.350.054-64, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ CILSON FERRAZ JÚNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.851.354-75, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ 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 Lider-DPVAT, residente Seguradora S/A, 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>APTO 204-A</u>
Bairro	Estado	
<u>JARDIM SÃO PAULO</u>	<u>PE</u>	<u>50781-600</u>
Cidade	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>RECIFE</u>		
Email		
<u>PEDRO_FAS@HOTMAIL.COM</u>		<u>81 98602-1655</u>

RECIFE 14 de JANEIRO de 2019  
Local e Data

Pedro F. A. da S. T.

Assinatura do Declarante