



Número: **0019487-21.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**


Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR (AUTOR)		EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64416 797	09/07/2020 11:32	ANEXO 1	Outros (Documento)


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 0221 204 ou 0800 221 206 (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 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**.*

* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

* Conselho de Controladores de Atividades Financeiras - COCAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber e emitir pareceres e emitir pareceres e pareceres às partes de atividades financeiras previstas na Lei nº 9.514/98.

Pelo exposto, eu ROBERTO ASSIS QUINTEIRO SALES inscrito (a) no CPF nº 031.310.604 / 03 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE AUGUSTO FERREAS JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.851.354 / 73 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE AUGUSTO FERREAS JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.851.354 / 73, 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		Numero	Complemento
<u>R. SA. Toledo</u>		<u>175</u>	<u>400 209 A</u>
Estado		Estado	CEP
<u>PARANÁ</u>		<u>PR</u>	<u>81281-000</u>
Cidade		Telefone comercial(DDD)	
<u>PRIMA DE JANEIRO</u>		Telefone celular(DDD)	
Bairro		<u>21 98005 165</u>	
<u>Centro</u>			

PRIMA DE JANEIRO de PR de 2020
Local e Data

Roberto Assis Quinteiro Sales
Assinatura do Declarante

DLORL 001 V201/21 17





FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE DULSON FERRAZ JUNIOR	PRONTUÁRIO: 1692436	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:

RU:
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA D
FRATURA DE FEMUR D
FRATURA FECHADA DE PUNHO D
FRATURA DE 5ª METATARSO D

Tratamento Realizado:

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PELA URGENCIA DA FX DE PUNHO DIREITO E 5ª MET D
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 ENQ NO DIA 07/11/2018 POR DR. JOSE GUSTAVO

Observação:

ALTA HOSPITALAR DA DOROPEDIA
ANALGESIA
ANTIBIOTICOTERAPIA
CARETO
FISIOTERAPIA MODORA
ORIENTAÇÕES
RETORNO PARA EMERGENCIA, SE INTERCORRÊNCIAS

Encaminhado para:

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

JOSE GUSTAVO OLIVEIRA NETO - CRM: 1412676



Recife, 03, NOVEMBRO, 2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Comunicado de Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 342002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (CXX)81 - 3181-5400



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1041468

Nome: Jean Dilson Senoz Junior

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

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
metacerebral, causando com fratura de
mandíbula (Cepex E - diag. 4.1)

* Necessita de 30 dias de repouso domiciliar.

Tratamento Realizado: Cirurgia realizada dia 18/10/18
por Dr Carlos, Dra Thainá e Dra Hanna,
para redução e fixação de fratura com implante
de 2 placas 2.0 mm em conformação mandibular (E)
e de 2.0 mm em conformação mandibular (D)

Observação: Retornar ao ambulatório de Dr Carlos
Quinta-feira às 13:00 dia 22/10/18

Cópia de: Alta BMF (21/10/18)
Ruan Viana
Cirurgião Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRM PE 12759

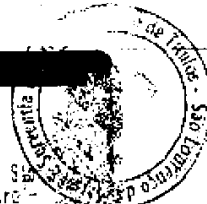
Médico - CRM N°

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
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 Rio de Janeiro, 358 - Centro - (81) 3517-0217 -
serventianotariais@qmail.com
COPIA colorida AUTÊNTICA, conforme original apresentado. DOU FE. São
Lourenço da Mata, 25/10/2018. 08:59. Cícera Graciele Ramos Ribeiro -
escrevente autorizada. Ao Cartório: R\$ 3,07 - TSMR: R\$ 0,68 -
FISC: R\$ 0,34 - Total: R\$ 4,09 Selo (s): 0159485.F4010201801a00215



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1041408

Nome: Ten. Dirceu Farias Junior

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

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
metacármico, com fratura de
mandíbula (Co-pc E - diag. 4. ①)

* Necessita de 30 dias de repouso domiciliar.
CID S02.6
//

Tratamento Realizado: Cirurgia red. pbs. dia 18/10/18
por Dr Carlos, Dra Thaisa e Dra Hanna,
para redução, fixação de fratura com instalação
de 2 placas 2.0mm em corpo mandibular (E)
2 dias 2.0mm diag. 6 mandibular ①

Observação: Retornar ao ambulatório de Dr Cambi
Amato-junior às 13:00 dia 22/10/18.

Cópia de Aita BMF (21/10/18)
Ruan Viana
Cirurgia de Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRO PE 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 16:56	

Diagnóstico Provável:

HD.
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA D
FRATURA DE FEMUR D
FRATURA FECHADA DE PUNHO D
FRATURA DE 5ª METATARSO D

Tratamento Realizado:

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PELA URGENCIA DA FX DE PUNHO DIREITO E 5ª 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:

AV. A - HOSPITALAR DE 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. JOSE GUSTAVO COM 15 DIAS

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM Nº 116676

19/10/2018 - 19 NOVEMBER 2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS - Empresas - Escolas - Ministério do Trabalho - Continuidade de Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N.º 4/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães - S/N - Derby - Recife - PE CEP: 50.000-040
Fone: (081) 3117-0500-0500





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 10 DIAS

Encaminhado para:

AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA COM 5 DIAS

FRANCISCA EMANUELA BARBOSA NAPOLEÃO - CRM: 147472

Recife, 07, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de afastamento 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



COMISSÃO DE CANTÃO VEM LIVRE ACESSO
Lei nº. 14.916/2013 - Decreto nº. 42.887 de 08/04/2016

ATESTADO MÉDICO

Comissão da Unidade Credenciada ou pertencente à rede de Serviços da UBS

Município: HR Recife Data: 26.12.19

Atesto para a finalidade de concessão de gratuidade no transporte coletivo da Região Metropolitana de Recife, que o (a) Sr. (a) José Dilson Farias Jr

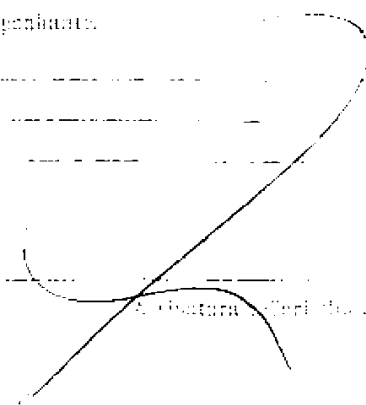
do documento de identificação (tipo e número): 6183745 RG possui a deficiência permanente a saber o(s) seguinte(s):

- Deficiência Auditiva - CID Versão 10: _____
- Deficiência Física - CID Versão 10: T-93
- Deficiência Intelectual - CID Versão 10: _____
- Deficiência Mental - CID Versão 10: _____

Esclarecer o tipo e grau da deficiência do interessado e o grau de incapacidade funcional de acordo com a Lei nº. 14.916/2013.

Insuficiente a partir de um parâmetro de dependência
devido a perda de parte dos membros.

Relacionar a necessidade ininterrupta ou não de acompanhamento:
Não

Assinatura: 



VALORES RESERVADOS
 D. ILUSTRADO ESPECIAL
1107026196

JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR
 0101345 002 PE
 056.041.394-75 30/04/1984
 JOSE DILSON FERRAZ
 MARIA DAS GRACAS SILVA
 034.176.3965 20/08/2010 26/11/2004

Exercício Ativo Rescindido
Jose Dilson Ferraz Junior

0101345 002 PE 13/09/2015
Jose Dilson Ferraz Junior
 01752668845
 LE06747966X

0101345 002 PE
1107026196

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 OSVAL
 CONSIDERADO NÃO VERIFICADO
 10 JAN 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 700 - 10º Andar
 Graças - Recife/PE - 51021-900



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 FUNDAÇÃO NACIONAL DO CONSUMIDOR
 FUNDAÇÃO NACIONAL DO CONSUMIDOR

NOME: **PEDRO FERREIRA CORDEIRO DOS SANTOS**
 CPF: **5684831-8** SEX: **M**
 ENDEREÇO: **AV. SERRA, 244 - JARDIM SÃO CARLOS - RECIFE - PE**
 DATA NASCIMENTO: **26/07/1968**
 TIPO DE DOCUMENTO: **PROTEÇÃO CONTRA O RISCO**
 VALOR: **100,00**
 DATA DE EMISSÃO: **21/09/2027**
 DATA DE VENCIMENTO: **26/04/2002**

VALIDADO EM TUDO
 O TÍTULO É NACIONAL
1485322621

PEDRO FERREIRA CORDEIRO DOS SANTOS
 Assinatura: *Pedro F. C. dos Santos*

LOGO: **ANCIFE, 78** DATA CASSAC: **21/09/2027**
 Nº de Assinatura: **10944719956**
 Nº de Documento: **30003367838**
PERNAMBUCO


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 COMPROVANTE VERIFICADO
 18 JAN 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa
 Graças - Recife/PE - CEP: 51010-000



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1107026196

Nome: **JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR**



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6183745 SDB PE

CPF: **060.851.354-75** DATA NASCIMENTO: **30/04/1985**

FILIAÇÃO:
JOSE DILSON FERRAZ
MARIA DAS GRACAS SILVA

PERMISSÃO: **[REDACTED]** ACC: **[REDACTED]** CAT. HAB: **AD**

Nº REGISTRO: **03437693965** VALIDADE: **28/08/2020** 1ª HABILITAÇÃO: **26/11/2004**

OBSERVAÇÕES:
Exerce Ativ Remunerada

Jose Dilson Ferraz Junior
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **RECIFE - PE**

DATA EMISSÃO: **10/09/2015**

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

01352668045
PE087679668

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1107026196



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

PE

NOME: **PEDRO FERREIRA QUARESMIA DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **5936981 SSP PE**

CPF: **042.350.054-64** DATA NASCIMENTO: **20/07/1983**

FILIAÇÃO: **FERNANDO QUARESMIA DOS SANTOS
 SEVERINA BORGES FERREIRA DOS SANTOS**

PERMISSÃO: **CONDICIONADA** ACC: **SUBSTITUIÇÃO** CAT. HAB.: **AB**

Nº REGISTRO: **02306585909** VALIDADE: **23/05/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **26/04/2002**

OBSERVAÇÕES

Pedro F. Q. dos Santos
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **RECIFE, PE** DATA EMISSÃO: **21/09/2017**

Charles Andrews Sousa Gbeiro
 Diretor Presidente
 ASSINATURA DO EMISSOR

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: _____

Jose Wilson Cordeiro Junior
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 a 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. 224 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento das 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 TRÂNSITO
OPVAT
CONVENIÊNCO MAC VERT
18 JAN
Gente x-3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 9431483082

78061942816

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 457100422 ANO EXERCÍCIO 2016

JOSE BILSON FERRAZ JUNIOR
RUA JOSE BILSON FERRAZ JUNIOR
CASA 888
RECIFE-PE 50160-021

060.951.354-75 PLACA PFD4673

MOTO 125 FAN ES

RENOVAM 451700416 Nº CHASSI 9C2JC4120CR533719

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA/ COMBUSTIVEL GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB 2011 ANO V 201

CAP/ROT/CL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

20128797 OBSERVAÇÕES

AL. FID. EV FINANCEIRA S.A. C.F.I.

LOCAL Recife-PE DATA 17/08

Assinatura do Proprietário (Vendedor) e do Adquirente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 0122711510

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 457100422 ANO EXERCÍCIO 2016

JOSE BILSON FERRAZ JUNIOR
RUA JOSE BILSON FERRAZ JUNIOR
CASA 888
RECIFE-PE 50160-021

060.951.354-75 PLACA PFD4673

MOTO 125 FAN ES

RENOVAM 451700416 Nº CHASSI 9C2JC4120CR533719

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB 2011 ANO V 201

CAP/ROT/CL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

20128797 OBSERVAÇÕES

AL. FID. EV FINANCEIRA S.A. C.F.I.

LOCAL Recife-PE DATA 17/08

Assinatura do Proprietário (Vendedor) e do Adquirente

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

PE Nº 011713849059 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE BILSON 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 060.951.354-75 PLACA PFD4673

RENOVAM 451700416 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2011 CAT. DIB 09 Nº CHASSI 9C2JC4120CR533719

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENYTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO FAGO

COFA (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

COFA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUOTACÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA: 1 | COD. RENAVAM: 457700415 | R.N.T.R.C: ***** | EXERCÍCIO: 2017

NOME: **JOSE DILSON FERPAZ JUNIOR**

RECIFE-PE

CPF/CNPJ: 060.051.354-75 | PLACA: PED4679

PLACA ANT. VEIC: ***** / PE | CHASSI: 9C2JC412DCR533719

ESPÉCIE TIPO: **MONOCICLO** | COMBUSTÍVEL: **ALCOOLINA**

MARCA/MODELO: **HONDA/CG 125 FAN ES** | ANO FABR.: 2011 | ANO MOD.: 2012

CAP./POT./CIL: **2P/124CL** | CATEGORIA: **PARTIC** | COR PREDOMINANTE: **PRETA**

I P V A	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	IPVA 2017 QUITADO		1º	*****
	FAIXA (PVA)	PARCELAMENTO / COTAS	2º	*****
	1	*****	3º	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): | IGF (R\$): | PRÊMIO TOTAL (R\$): | DATA DE PAGAMENTO: **SEGURO PAGO**

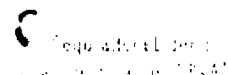
OBSERVAÇÕES: **AL. FIG. BV FINANCEIRA SA C E I**

LOCAL: *[Assinatura]* | DATA: **29/01/17**

RECIFE *[Assinatura]*
Charles Andrew 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
CPF de: Próprio
Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A
Data do acidente: 17/10/2018
Titular do CPF: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

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

PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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. GUTEMBERG 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.

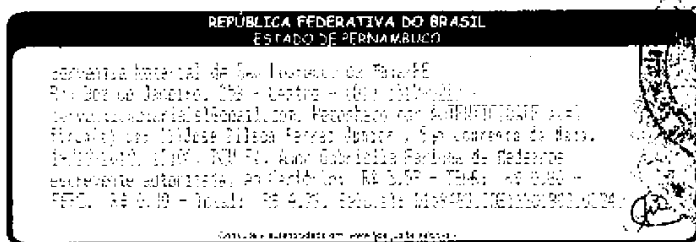
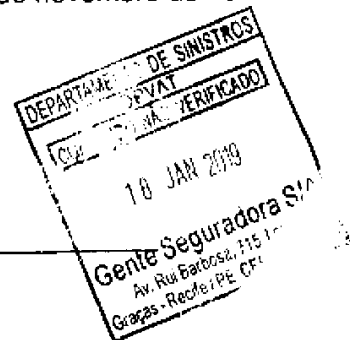
Podendo dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT, enfim, requerer e assinar todos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



José Dilson Ferraz Júnior



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


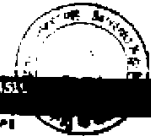
Outorgante



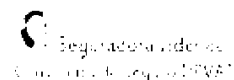
José Dilson Ferraz Júnior

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Duas de Janeiro 189 - Centro
(01) 3510-8217 - serventianotarial@pe.ori.br
Reconheço por AUTENTICAÇÃO digital firmada em 11/03/2020
Dilson Ferraz Junior - São Lourenço da Mata
13/03/2020 11:12:00U PE Anna Gabriella Farinha de
Nascimento - Substituta da Cartoria - RS 3 71 - TSNP.
R\$ 0 02 - FERC R\$ 0 41 - FERR R\$ 0 04 - FUNSEG R\$
0 00 - ISS R\$ 0 21 - Total R\$ 5 27 (Sete e 27/100 reais)
0159482 UCC03282001 00296


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
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

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

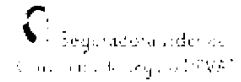
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Pág. 00353/00354 - carta_01 - INVALIDEZ

00020177



Carta nº 15655055





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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 445/2017

Nome completo: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR CPF: 060.851.354-75
Profissão: MOTORISTA Endereço: RUA DAS PAPOLAS Número: 105 Complemento: _____
Bairro: PENEIRO Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA Estado: PE CEP: 54715-655
E-mail: _____ Tel. (DDD): 81 99323-4436

DADOS CADASTRAIS

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) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Indicar o banco)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00051395 8 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.

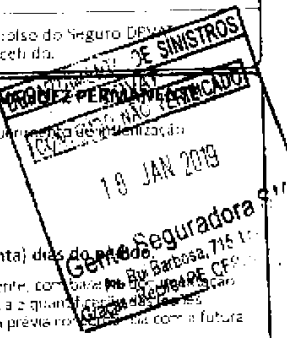
INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 dia da ocorrência do acidente.

Para motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na apresentação, comprovando, desde já, o meu submeter à avaliação médica às ordens da Seguradora Líder para verificação de existência e quantidade permanente dos efeitos do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia responsabilidade médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.



MORTE

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 pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, a título 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 293 do Código Penal.

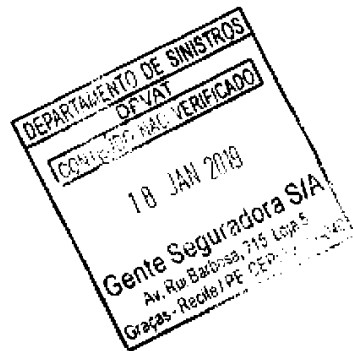
Local e Data: RECIFE, 14 DE JANEIRO DE 2019
Nome: _____ CPF: _____
Assinatura de quem assina A RGO:
Jose Dilson Ferraz Junior
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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 RGO, 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.

FPS.001 V001/2018







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: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CPF: 060.851.304-75
Profissão: MOTORISTA Endereço: RUA DAS PALMEIRAS Número: _____ Complemento: _____
Bairro: PEREIRO Cidade: SÃO JOÃO DO RIO PRETO Estado: PE CEP: 54710-650
E-mail: _____ Tel: (DDD): 071 42224 5110

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

RENDA MENSAL:
 R\$0,00 ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 00051342 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, do minha titularidade, o valor da indenização e/ou reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, renunciando e dando de baixa e somente após a efetivação do crédito, qualquer 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, concorrendo de imediato, em me submetendo à avaliação médica as regras da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74 art. 39, §1º, declarando que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia do direito de contestação, caso discordo 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 companheira? Sim Não Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? Sim Não Se tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou herdeiros (ou sucessores)? 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a suspensão de ressarcimento e o cancelamento da responsabilidade contratual por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 22 de Março de 2020 TESTEMUNHAS
Nome: _____ 1ª Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior 2ª Nome: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____ CPF: _____

(*) 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.**

FPS 001 V001/2018

mailto:genteseguradora.com.br/service/home/~/?auth=co&loc=pt_BR&id=63769&part=9





499222
0022248/19



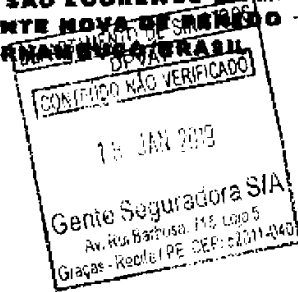
**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO
DA MATA - DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC**

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 - Culposo (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 SAO LOURENÇO - 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:
VEICULO: (Usado na peração 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: 30/07/1988
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA DAS PAPOULAS, 100, PENEIRO. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

INDIVÍDUO (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)**



Placa **PFD4673** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

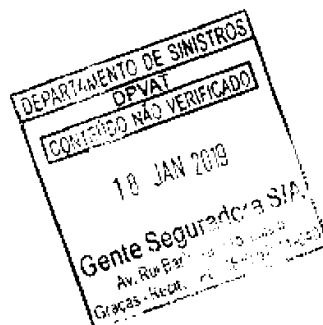
Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DE PLACA: PFD-4673, QUANDO ESTAVA ULTRAPASSANDO UM ONIBUS DA EMPRESA 1982, UMA OUTRA MOTOCICLETA ULTRAPASSOU O REFERIDO ONIBUS E COLIDIU COM O VEICULO DA VITIMA. AFIRMA QUE SOFREU AS SEQUINTES LESOES: FRATURA EXPOSTA TIBIA D, FRATURA DE FEMUR D, FRATURA FECHADA FUNHO D, FRATURA DE 5ª 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 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 SANSÃO MENDES LIMA** - Matrícula: 273258-0





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 036ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO
DA MATA - DP36ªCIRC 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 - Culposa (Consumado)
que aconteceu no dia 17/10/2018 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, 01,
AV. BELMINIO CORREIA, PROXIMO 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 no plantão) - Sexo: Masculino Mãe
MARIA DAS GRACAS SILVA Pai: JOSE DILSON FERRAZ Data de Nascimento: 20/04/1988
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA DAS PAPOULAS,
105, PENEDO. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO LOURENÇO DA
MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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



etina de Ocorrência

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

Placa PFD4673 (PERNAMBUCOMÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOC PLACA: PFD-4673, QUANDO ESTAVA ULTRAPASSANDO UM ONIBUS DA EM. 1882, UMA OUTRA MOTOCICLETA ULTRAPASSOU O REFERIDO ONIBUS E COM O VEICULO DA VITIMA. AFIRMA QUE SOFREU AS SEGUINTE LESOES EXPOSTA TIBIA D, FRATURA DE FEMUR D, FRATURA FECHADA PUNHO D, I DE 5º METATARSO D, SEM COMO FRATURA DA MANDIBULA. A VITIMA ENT SOCORRIDA PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, ON RECEBEU ATENDIMENTOS E FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, ONDE PERMAN REBER 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: DADS (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 445/2017

Nome completo: JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR CPF: 060.851.354-75
Profissão: MOTORISTA Endereço: RUA DAS PAPOLAS Número: 105 Complemento: _____
Bairro: PENEIRO Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA Estado: PE CEP: 54715-655
E-mail: _____ Tel. (DDD): 81 99323-4436

DADOS CADASTRAIS

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

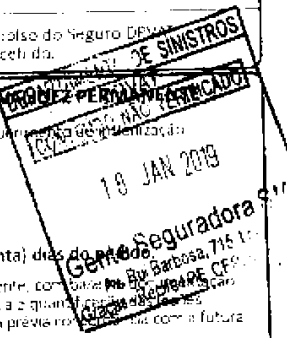
CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Indicar o banco)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00051395 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

INVALIDEZ PERMANENTE

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 não é impossível de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 dia da ocorrência do acidente.
Peço motivo assinado, sobre o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com apresentação, comprovando, desde já, o meu submeter à avaliação médica às ordens da Seguradora Líder para verificação de existência e quantidade permanentes dos efeitos do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa, previamente, qualquer avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.



MORTE

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 pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, a nulidade que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

Assinatura de quem assina A RGO

Local e Data: RECIFE, 14 DE JANEIRO DE 2019
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Jose Dilson Ferraz Junior
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 RGO, 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.

FPS.001 V001/2018





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: _____ LP da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: ANTONIO YVES CORDEIRO JUNIOR CPF: 060.891.204-73
Profissão: PROFESSOR Endereço: RUA DAS FLORES Número: 210 Complemento: _____
Bairro: PEREIRO Cidade: SAO JOSE DO RIO PRETO Estado: PE CEP: 54710-000
E-mail: _____ Tel (DDD): 21 43284-1111

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

RENDA MENSAL:
 RECEITO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 0003134 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a utilizar a minha identidade para a emissão de qualquer documento de seguro DPVAT a que eu estiver obrigado a dar, e a conceder e a dar, em nome e por conta da Seguradora Líder, a qualquer terceiro, a autorização necessária para que possa efetuar a cobertura.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou inscrito (a) e não apresentei o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização de cobertura 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fica entendido que, no caso de requerimento de avaliação de invalidez permanente, a administração do seguro DPVAT por invalidez permanente não se responsabiliza pelo pagamento de indenização, considerando de nulidade o processo de avaliação, mediante as custas da Seguradora Líder, para a realização da perícia e a quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme artigo 194774, par. 3º, § 1º, do Código de Defesa do Consumidor, que trata sobre a responsabilidade por danos materiais e morais decorrentes de uma prática prévia concebida ou conhecida como futura avaliação, mediante a realização do teste de contestação, caso decorra 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: _____

Estado 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: _____ Vítima deixou navótilho (os navótilhos)? Sim Não Vítima deixou pais/vivos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, em dinheiro, a indenização do seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem a sua condição de beneficiários, e que qualquer alteração da declaração de invalidez permanente gerará a obrigação de ressarcimento da indenização de morte, na quantidade correspondente ao valor pago.

Local e Data: SAO JOSE DO RIO PRETO, 24/03/2020 YSTEMUNHAS
Nome: _____ 1ª | Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____
Assinatura: _____ Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina A RQGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____ 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 RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

FP5.001 V001/2018

mailto:genteseguradora.com.br/service/home/~/?auth=co&loc=pt_BR&id=63769&part=9



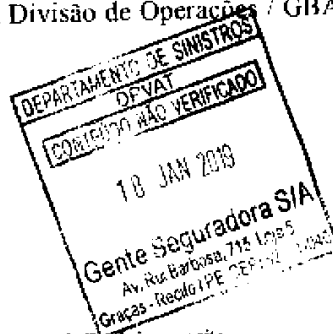


**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

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-PF, 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.L.ORA, 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 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.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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> RECUSADO | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO | <input type="checkbox"/> AUSENTE | |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM. CDN35A



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUÇÃO NACIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL



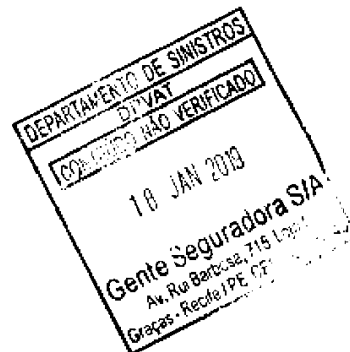
034542



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



80.8188987423380000003454230291018





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

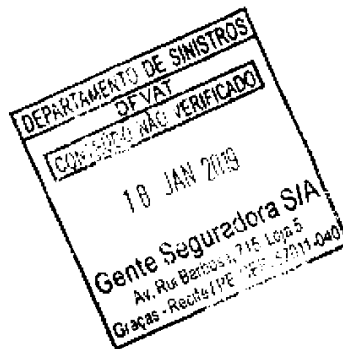
Vencimento: 01/01/2019

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

Claro Club de Seguros S.A.
R. Alameda da Liberdade, 1000
Fundo de Investimentos
Bairro: Liberdade
CEP: 01303-000
CNPJ: 07.000.000/0001-00
Insc. Est. ICMS: 07.000.000-00

ClaroClube

Claro Club de Seguros S.A. - CNPJ 07.000.000/0001-00

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1.Plano Contratado	RS	52,99
Total	RS	52,99

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

Valor pago em meses anteriores: R\$ 0,00

1 Plano Contratado	61.99323.4438	Valor: R\$
Adesão contratada em 11/01/2020		
Adesão em vigor em 21/01/2020		
Descrição: Anuidade		
Serviços Incluídos no seu Plano		
Serviço de Atendimento ao Cliente (24h) - 0800-000000		
Serviço de Atendimento ao Cliente (24h) - 0800-000000		
Serviço de Atendimento ao Cliente (24h) - 0800-000000		

Sub Total - Plano Contratado	RS 52,99
Total a Pagar	RS 52,99

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



Este boleto é emitido em nome do titular da conta de crédito. O titular da conta de crédito é responsável por garantir o pagamento deste boleto. O não pagamento deste boleto pode resultar na suspensão dos serviços contratados.

Atenciosamente,
Claro Club de Seguros S.A.



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

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

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR	61.99323	21/01/20 a 20/02/20	R\$ 52,99	10/03/20
Código NF-EF: 61.99323				

8481000000-8 | 52990221202-8 | 00310112019-7 | 36702518122-0



Este boleto é emitido em nome do titular da conta de crédito. O titular da conta de crédito é responsável por garantir o pagamento deste boleto. O não pagamento deste boleto pode resultar na suspensão dos serviços contratados.





PC -00

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

Postagem: 29/10/2019

Vencimento: 08/11/2019

Emissão: 29/10/2019

291019

Fechamento próxima fatura: 29/11/2019

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

Prá 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 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 COAF**.

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.

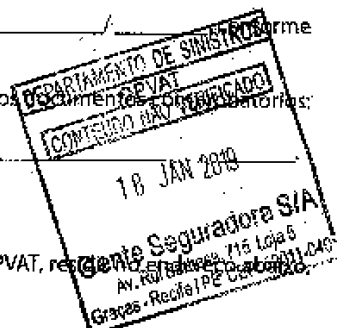
Pelo exposto, eu PEDRO FERREIRA DUARTE MACHADO SANTOS inscrito (a) no CPF 042.350.054 / 64 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE DILSON FERRAZ JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.851.354 / 75 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima O MESMO inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Rectuso 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_FQS@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81 98602-1655</u>

RECIFE 14 de JANEIRO de 2019

Local e Data

Pedro F. D. S. T.

Assinatura do Declarante

V001/2017

