

---

**Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200061911**

**Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061911

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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\$ 4.725,00

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 CARLOS DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000020640-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200061911**

**Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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:

71814026410

Nome completo da vítima:

JOSE CARLOS DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE CARLOS DA SILVA

Profissão:

REC-IME

Endereço:

SI 2 AGDA DOCE DOIS

Bairro:

MARREGAS

Cidade:

SANTA MARIA DO CAMBUCA

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

71814026410

Número:

440

Complemento:

CASA

CEP:

55765 000

Tel.(DDD):

(81) 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐

Bradesco (237)

☐

Itaú (341)

☐

Banco do Brasil (001)

☐

Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESOD

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 sequelas 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

SANTA MARIA DO CAMBUCA PE

Nome:

24101119

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Jose Carlos da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | 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:

71814026410

Nome completo da vítima:

JOSE CARLOS DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE CARLOS DA SILVA

Profissão:

REC-IME

Endereço:

SI 2 AGDA DOCE DOIS

Bairro:

MARRECOAS

Cidade:

SANTA MARIA DO CAMBUCA

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

71814026410

Número:

440

Complemento:

CASA

CEP:

55765 000

Tel.(DDD):

(81) 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESOD

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 sequelas 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

SANTA MARIA DO CAMBUCA PE

Nome:

24101119

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Jose Carlos da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | 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.

500492

0030458/19



133ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ - DP133ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0223000063

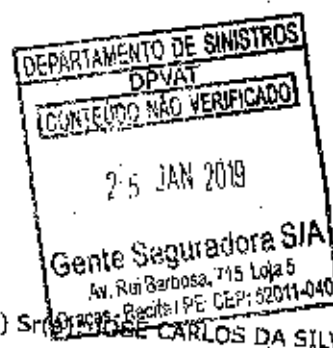
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/01/2019 às 11:58

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia  
28/10/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **ALTO DAS OLIVEIRAS, PRÓXIMO À CAIXA D'ÁGUA - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**. Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JOÃO JOAQUIM DA SILVA (OUTRO)  
JOSÉ CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSÉ CARLOS DA SILVA**

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

**JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSEFA DE ARRUDA** Pai: **JOÃO JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **11/8/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9884732/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981566962**

Residência: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

**JOÃO JOAQUIM DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ JOAQUIM FILHO** Data de Nascimento: **5/1/1973** Naturalidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4797626/SDS/PE (RG), 02930216433 (CPF)** Estado Civil: **ANUZIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981038388**

Residência: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO JOAQUIM DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**

**Categoria/Marca/Modelo:** **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
**Cor:** **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Placa:** **KTE0247** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **542713101** Chassi: **9C2KC1670DTR03717**  
**Ano Fabricação/Modelo:** **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SR. "JOSÉ CARLOS DA SILVA", JUNTAMENTE COM O SEU PAI E PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA SUPRACITADA, O SR. "JOÃO JOAQUIM DA SILVA" PARA INFORMAREM QUE NO DIA 28/10/2018 MAIS OU MENOS ÀS 18H O SR. "JOSÉ CARLOS" SOFRERA UM ACIDENTE NA VIA PÚBLICA DA CIDADE DE SANTA MARIA DO CAMBUCA. O FATO SE DEU QUANDO A VÍTIMA PILOTAVA A MOTO DO PAI E DE REPENTE UM CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA EM OUTRA MOTO PELA CONTRAMÃO ACENTOU A PERNA DA VÍTIMA, VINDO A FRATURÁ-LA. APÓS O ACIDENTE, O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. NA OCASIÃO A VÍTIMA FORA LEVADA À POLICLÍNICA DA CIDADE PARA O PRÉ ATENDIMENTO E LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, EM CARUARU, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

**JOSÉ CARLOS DA SILVA**  
**(VITIMA)**

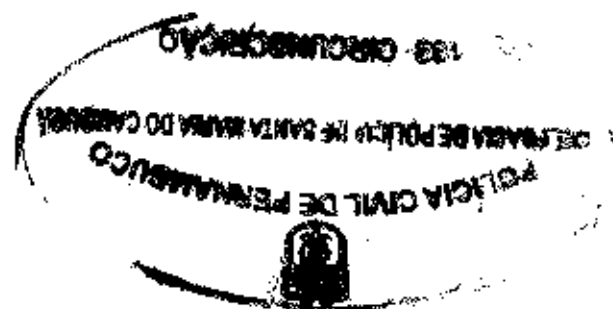
*José Carlos da Silva*

**JOÃO JOAQUIM DA SILVA**  
**(OUTRO)**

*João Joaquim da Silva*

B.O. registrado por: **THEOMAR THEOPHILO BEZERRA** - Matrícula: **3878984**

*Theomar Theophilo Bezerra*



500492

0030458/19



133ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA - DP133ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0223000063

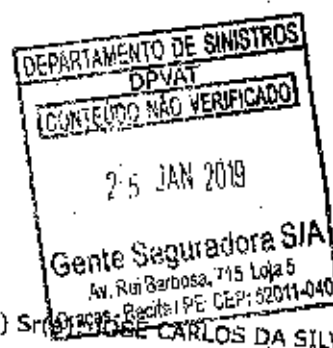
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/01/2019 às 11:58

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia  
28/10/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **ALTO DAS OLIVEIRAS, PRÓXIMO À CAIXA D'ÁGUA - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**. Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JOÃO JOAQUIM DA SILVA (OUTRO)  
JOSÉ CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSÉ CARLOS DA SILVA**

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

**JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSEFA DE ARRUDA** Pai: **JOÃO JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **11/8/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9884732/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981566962**

Residência: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

**JOÃO JOAQUIM DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ JOAQUIM FILHO** Data de Nascimento: **5/1/1973** Naturalidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4797626/SDS/PE (RG), 02930216433 (CPF)** Estado Civil: **ANASIAADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981038388**

Residência: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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



**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO JOAQUIM DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KTE0247** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **542713101** Chassi: **9C2KC1670DTR03717**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SR. "JOSÉ CARLOS DA SILVA", JUNTAMENTE COM O SEU PAI E PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA SUPRACITADA, O SR. "JOÃO JOAQUIM DA SILVA" PARA INFORMAREM QUE NO DIA 28/10/2018 MAIS OU MENOS ÀS 18H O SR. "JOSÉ CARLOS" SOFRERA UM ACIDENTE NA VIA PÚBLICA DA CIDADE DE SANTA MARIA DO CAMBUCA. O FATO SE DEU QUANDO A VÍTIMA PILOTAVA A MOTO DO PAI E DE REPENTE UM CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA EM OUTRA MOTO PELA CONTRAMÃO ACENTOU A PERNA DA VÍTIMA, VINDO A FRATURÁ-LA. APÓS O ACIDENTE, O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. NA OCASIÃO A VÍTIMA FORA LEVADA À POLICLÍNICA DA CIDADE PARA O PRÉ ATENDIMENTO E LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, EM CARUARU, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

**JOSÉ CARLOS DA SILVA**  
(VITIMA)

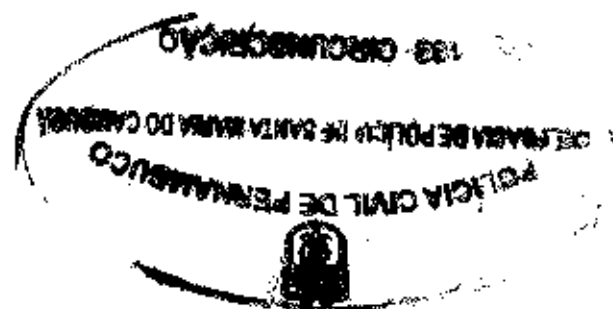
*José Carlos da Silva*

**JOÃO JOAQUIM DA SILVA**  
(OUTRO)

*João Joaquim da Silva*

B.O. registrado por: **THEOMAR THEOPHILO BEZERRA** - Matrícula: **3879984**

*[Assinatura]*



# 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:

71814026410

Nome completo da vítima:

JOSE CARLOS DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE CARLOS DA SILVA

Profissão:

REC-IME

Endereço:

SI 2 AGDA DOCE DOIS

Bairro:

MARRECOAS

Cidade:

SANTA MARIA DO CAMBUCA

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

71814026410

Número:

440

Complemento:

CASA

CEP:

55765 000

Tel. (DDD):

(81) 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESOD

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 sequelas 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

SANTA MARIA DO CAMBUCA PE

Nome:

24101119

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Jose Carlos da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | 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:

71814026410

Nome completo da vítima:

JOSE CARLOS DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE CARLOS DA SILVA

Profissão:

REC-IME

Endereço:

SI 2 AGDA DOCE DOIS

Bairro:

MARRECOAS

Cidade:

SANTA MARIA DO CAMBUCA

Estado:

PE

E-mail:

CPF:

71814026410

Número:

440

Complemento:

CASA

CEP:

55765 000

Tel.(DDD):

(81) 96650454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐

ATÉ R\$1.000,00

☐

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐

ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESOD

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 sequelas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

SANTA MARIA DO CAMBUCA PE

Nome:

24101119

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Jose Carlos da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (Declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



PREFEITURA DE

**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

Trabalhando com o povo

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que o(a)  
paciente JOSE CARLOS DA SILVA  
vítima de acidente de moto, portador(a) do  
CPF: 718.140.264-10 RG: 884 732  
residente: SITIO LAGOA DOCE  
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde  
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

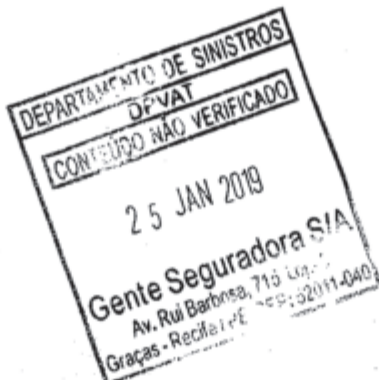
Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

*Henrique Soares do Nascimento*  
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 848.606.327-68

**HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO**

**DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS**







PREFEITURA DE  
**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**  
Trabalhando com o povo

## SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 28/10/2018 Hora: 18:25 Registro:  
Nome: José Carlos da Silva  
Endereço: Sítio Baixa Doca Referência:  
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Maria do Cambucá  
Idade: 23 anos Sexo: Masculino Cor: Pd Profissão:  
Responsável:  
Endereço do Responsável: Fone:

### DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

#### ACIDENTE DE TRÂNSITO ☒

VEÍCULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐  
MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☒ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### AGRESSÃO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐  
MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### ACIDENTE DE TRABALHO ☐

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nivel ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

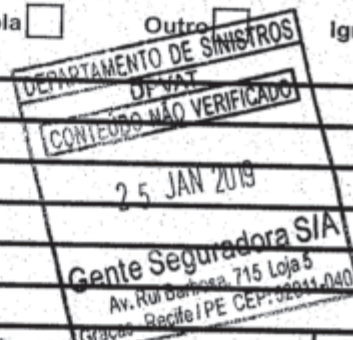
#### OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Queixas:



Exame Físico:

PA: 120x80 FC: 88 bpm Pulso: 99% Temperatura: HGT: 118 mmHg

Paciente, 23 anos, consciente e orientada, vítima de colisão de moto, apresentando fratura cominutiva da MID em região tibial, com reposição de tecido ósseo. Referido por H.R.A.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta de MID.

Procedimentos:

- 1) Feita proteção da continuidade e gesso estéril + imobilização da MID.
- 2) MORFING 1 EA em 100ml SF 0.9% (EV)
- 3) CLTRIAVON 2g + ABD (EV)
- 4) SRL 500ml (EV)

Cód.:

Médico Responsável:

Ricardo Bezerra  
CRM: 12674 DE





PREFEITURA DE

**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

Trabalhando com o povo

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que o(a)  
paciente JOSE CARLOS DA SILVA  
vítima de acidente de moto, portador(a) do  
CPF: 718.140.264-10 RG: 884 732  
residente: SITIO LAGOA DOCE  
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde  
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

*Henrique Soares do Nascimento*  
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 848.606.327-68

**HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO**

**DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS**







PREFEITURA DE  
**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**  
Trabalhando com o povo

## SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 28/10/2018 Hora: 18:25 Registro:  
Nome: José Carlos da Silva  
Endereço: Sítio Baixa Doca Referência:  
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Maria do Cambucá  
Idade: 23 anos Sexo: Masculino Cor: Pd Profissão:  
Responsável:  
Endereço do Responsável: Fone:

### DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

#### ACIDENTE DE TRÂNSITO ☒

VEÍCULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☒ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### AGRESSÃO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### ACIDENTE DE TRABALHO ☐

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

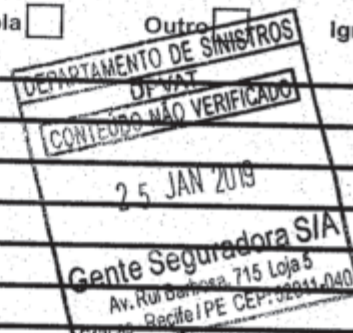
#### OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Queixas:



Exame Físico:

PA: 120x80 FC: 88 bpm Pulso: 99% Temperatura: HGT: 1,18 m

Paciente, 23 anos, consciente e orientada, vítima de colisão de moto, apresentando fratura cominutiva da MID em região tibial, com reposição de tecido ósseo. Referido por H.R.A.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta de MID.

Procedimentos: 1) Feita proteção da continuidade e gesso estéril + imobilização da MID. Cód.: 2

2) MORFING 1 FA em 100ml SF 0,9% (EV)

3) Clotriaxona 2g + ABD (EV)

4) SRL 500ml (EV)

Médico Responsável:

Ricardo Bezerra

CRM: 126778 DE

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000020640-7

Nr. Autenticação

BRADESCO1802202005000000000023700835000000020640472500 PAGO





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL Nº 1777-0011007-5  
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
Av. João de Barros, 113, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | INSC. Est. 0035843-93 | www.celpe.com.br

#### DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSEFA DE ARRUDA

CPF 032 398 144-48 NIS 18380534438

#### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
033643848	UNICA	27/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/09/2018	2011580468	3478095

#### ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SILAGOA DOCE DOIS 440

MARREAS/MARREAS  
SANTA MARIA DO CAMBUCA PE  
55785-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7007911240	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA
04/10/2018	29/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	17,77

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Atualização GPMANF 023951586 - 28/08/18			0,03
TOTAL DA FATURA			17,77

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TÍTULOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)		BASE DE CÁLCULO	Nº	VALOR DO IMPOSTO	Descrição do Serviço	RS	Porcentagem
Set 18	32		ICMS			Transmissão	RS 1,11	48,47%
AGO 18	41		PIS	0,05	1,00	Distribuição (Cabo)	RS 1,05	27,45%
Jul 18	41		COFINS	0,05	0,07	Perdas de Tensão	RS 0,23	6,01%
JUN 18	30			0,03	0,33	Evitação de Sobrecarga	RS 0,27	3,64%
Mai 18	54					Tributação	RS 0,30	2,02%
ABR 18	35					Total	RS 2,85	100%
MAR 18	33					TABELAS APLICADAS		
FEV 18	30					Consumo Ativo até 50 kWh		0,170000
JAN 18	88					Consumo Ativo superior a 50 kWh		0,000000
DEZ 17	51					RESERVAÇÃO FISCAL		
NOV 17	43					1208 9867 0878 ABCD EABC D786 4BEC F88E		
OUT 17	47							
SET 17	71							

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Pague no prazo máximo de 30 dias após a emissão desta nota fiscal, sob pena de incidência de multa de 0,33% ao dia de atraso, além das despesas de cobrança e honorários advocatícios. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em conformidade com as normas técnicas de instalação elétrica. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em conformidade com as normas técnicas de instalação elétrica. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em conformidade com as normas técnicas de instalação elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS LEITURAS

CONTA	VALOR APROVADO R\$ / MÊS	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE DIÁRIO
CHC	2,45	10,57	21,74	43,48
PIC	1,00	7,74	18,48	20,96
DMC	2,41	5,26	0,00	0,00

Linha DCM, 18,30

Linha DCM - Valor do Encarg. do Consumo de Energia por kWh - R\$ 0,00

NÍVEL DE TENSÃO

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

As medições e parâmetros  
de funcionamento deverão seguir  
a NBR 5400-2, versão de 2004/03.  
Aplicar as instruções de instalação de  
equipamentos de medição para  
conformidade com a NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
2004/03 e NBR 5400-2, versão de  
20

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7007911240	09/2018	04/10/2018	17,77
838800000003-1 17770011007-5 00791124010-9 12895046303-1			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040







© 2004 Blackwell Publishing Ltd



**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.

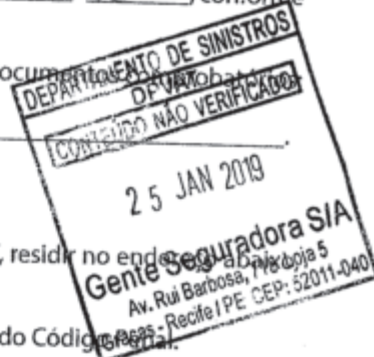
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574940534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 718140264 / 10 do sinistro de DPVAT cobertura INVAZIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 718140264 / 10, 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 informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.  
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750 000</u>
Email <u>afseguros1994@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 96650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81835022</u>

SURUBIM PE 24 de JANEIRO de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

**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.

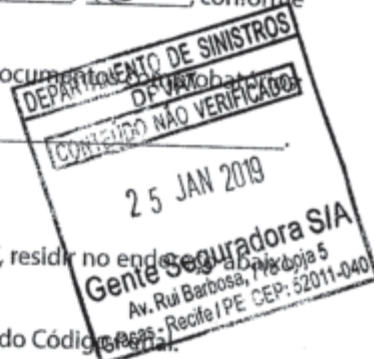
<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574940534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 718140264 10 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 718140264 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos necessários.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.  
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750 000</u>
Email <u>afseguros1994@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 96650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81835022</u>

SURUBIM PE 24 de JANEIRO de 2019

Local e Data


Assinatura do Declarante

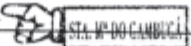


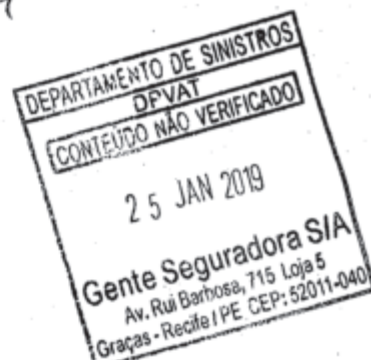
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO JOAQUIM DA SILVA,  
RG nº 4797626, data de expedição 23/12/2009  
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 02930216433, com  
domicílio na cidade de SANTA MARIA DO CAMBUCÁ no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SITIO MARRECAS, ZONA RURAL, nº SIN,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSE CARLOS DA SILVA, cujo o condutor era  
JOSE CARLOS DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA CG 150 FANES I  
Ano: 2013  
Placa: KIE0247  
Chassi: 9C2XC1670DRO37178  
Data do Acidente: 28/10/18  
Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ PE 22/01/19

João Joaquim da Silva   
Assinatura do Declarante

Jose Carlos da Silva   
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9  
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS  
Telefone: (81) 37571-201

Reconheço por autenticidade a firma de JOAO JOAQUIM DA  
SILVA. Dou fé. Emol: R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria  
do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA  
SILVA PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

Lo: 0159509.OHL01201901.00159 22/01/2019 11:03:39  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9  
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS  
Telefone: (81) 37571-201

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA  
SILVA. Dou fé. Emol: R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria  
do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA  
SILVA PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.


Lo: 0159509.XLX01201901.00158 22/01/2019 11:03:09  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

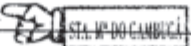


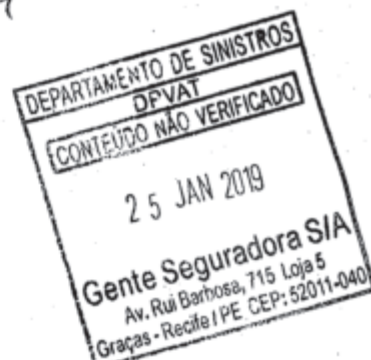
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO JOAQUIM DA SILVA,  
RG nº 4797626, data de expedição 23/12/2009  
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 02930216433, com  
domicílio na cidade de SANTA MARIA DO CAMBUCÁ no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SITIO MARRECAS, ZONA RURAL, nº SIN,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSE CARLOS DA SILVA, cujo o condutor era  
JOSE CARLOS DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA CG 150 FANES I  
Ano: 2013  
Placa: KIE0247  
Chassi: 9C2XC1670DRO37178  
Data do Acidente: 28/10/18  
Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ PE 22/01/19

João Joaquim da Silva   
Assinatura do Declarante

Jose Carlos da Silva   
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9  
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS  
Telefone: (81) 37571-201

Reconheço por autenticidade a firma de JOAO JOAQUIM DA  
SILVA. Dou fé. Emol: R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria  
do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA  
SILVA PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

Lo: 0159509.OHL01201901.00159 22/01/2019 11:03:39  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9  
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS  
Telefone: (81) 37571-201

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA  
SILVA. Dou fé. Emol: R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria  
do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA  
SILVA PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

Lo: 0159509.XLX01201901.00158 22/01/2019 11:03:09  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)







PREFEITURA DE

**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

Trabalhando com o povo

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que o(a)  
paciente JOSE CARLOS DA SILVA  
vítima de acidente de moto, portador(a) do  
CPF: 718.140.264-10 RG: 884 732  
residente: SITIO LAGOA DOCE  
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde  
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

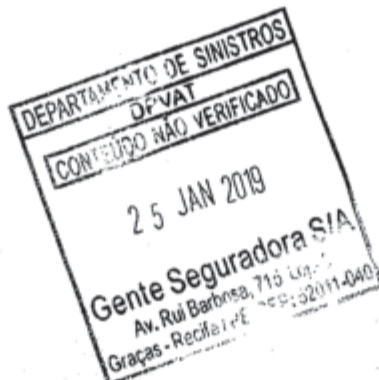
Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

*Henrique Soares do Nascimento*  
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 848.606.327-68

**HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO**

**DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS**







PREFEITURA DE  
**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**  
Trabalhando com o povo

## SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 28/10/2018 Hora: 18:25 Registro:  
Nome: José Carlos da Silva  
Endereço: Sítio Baixa Doca Referência:  
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Maria do Cambucá  
Idade: 23 anos Sexo: Masculino Cor: P.d. Profissão:  
Responsável:  
Endereço do Responsável: Fone:

### DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

#### ACIDENTE DE TRÂNSITO ☒

VEÍCULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐  
MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☒ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### AGRESSÃO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐  
MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### ACIDENTE DE TRABALHO ☐

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

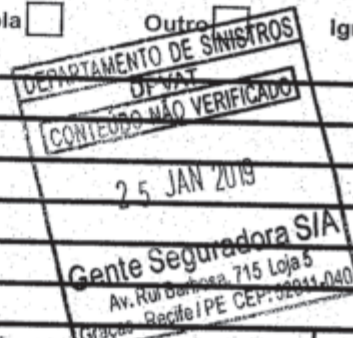
#### OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Queixas:



Exame Físico:

PA: 120x80 FC: 88 bpm Pulso: 99% Temperatura: HGT: 118 mmHg

Paciente, 23 anos, consciente e orientada, vítima de colisão de moto, apresentando fratura cominutiva da MID em região tibial, com reposição de tecido ósseo. Referido por H.M.A.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta de MID.

Procedimentos: 1) Feita proteção da continuidade e gesso estéril + imobilização da MID. Cód.: 2

2) MORFING 1 FA em 100ml SF 0.9% (EV)

3) Clotriaxona 2g + ABD (EV)

4) SRL 500ml (EV)

Médico Responsável:

Ricardo Bezerra

CRM: 126778 DE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

João Carlos do Brito

Prontuário:

327952

Data:

/ /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta fêmur D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. cirúrgico e 10 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Fto curio

ATB + ANH + tetraciclina

nao Ring etc 2º ordem

Alta Hospitalar: Data:

05 / 11 / 18

Hora:

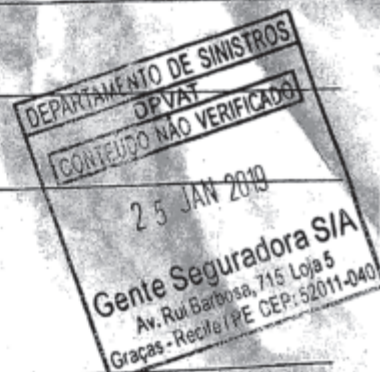
20 - 11 - 18

8:20

João Carlos

Dr. Ricardo Cavalcanti Marinho  
Traumato - Ortopedista  
CRM 14599

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clínica:

Registro Nº:

Enfermaria:

paciente vítima  
de acidente de  
tráfego em 27/10/2018  
sic. frnt. exp.  
feridas D. fixadas  
ext. ver foto:  
Encaminhado p/  
atender fix. ext.  
frnt. pel. p/  
fins de dente  
7084

Data

20/11/18

Nilton Pereira de Barros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 10560

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Elcida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JAN 2019  
Gente Seguradora SIA  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Nome: *João Carlos da Silva*  
Data: *15/05/2018*  
Hora: *14h*  
Folha: *01*

Prescrição de medicamentos para o tratamento de *hipertensão arterial sistêmica*.  
Medicamento: *Losartana 50mg*  
Dose: *1 comprimido 1 vez ao dia*  
Via: *oral*  
Observação: *paciente em uso contínuo*  
*2046*



Assinatura do Médico: *[assinatura]*  
Nome: *Dr. João Carlos da Silva*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
F-3047  
COMPROVANTE DE VERIFICAÇÃO  
08 MAR 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - 1º andar  
Graciosa - RJ - 20015-000



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

0030458/19

### RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Acidente de moto  
em 28/10/2018 - SIC  
Fract. exp. Péua D.  
operado fix. ext.  
aparelhagem re tre-  
de do fixador  
ext. e pontos  
definitivos de condução  
fixado nos p/ps  
por 4 dias  
2094

Nilton Pereira de Jesus  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11060

20/1/2019

Data

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Eliada Monteiro da Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTABILIZADO  
20 MAR 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040







11/10/00  
11/10/00  
11/10/00





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

0030458/19

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clínica:

Enfermaria:

Acidente de trânsito  
em 28/10/2018 - SIC  
Fract. exp. Pérgua D.  
operado fix. ext.  
aparelhagem retractor  
de co. fixados  
ext. e portador  
definição de conduta  
futura nos p/ps  
por q. direito  
2094

Nilton Pereira de Jesus  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11031

20/1/2019

Data

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Eliada Monteiro da Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTABILIZADO  
20 MAR 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

1144

Lee

100



STANDE DE SINIST  
VAT  
MEDIE

08 MAR 2013

**Gente Segura**  
Av. Rui Barbosa, 775  
1106-700

ESTADO DE MINISTROS  
RESOLUÇÃO  
DO VERIFICADOR  
08 MAR 2013  
Gente Segura  
Av. Roraima, 715  
Gracas Recife PE 51200-000



PREFEITURA DE

**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

Trabalhando com o povo

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que o(a)  
paciente JOSE CARLOS DA SILVA  
vítima de acidente de moto, portador(a) do  
CPF: 718.140.264-10 RG: 884 732  
residente: SITIO LAGOA DOCE  
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde  
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

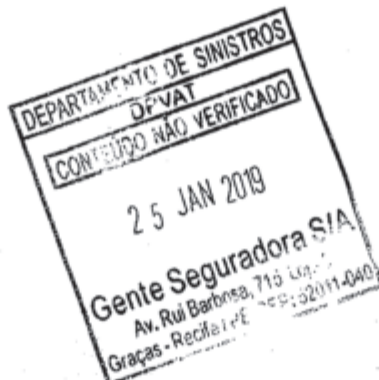
Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

*Henrique Soares do Nascimento*  
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 848.606.327-68

**HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO**

**DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS**







PREFEITURA DE  
**SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**  
Trabalhando com o povo

## SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 28/10/2018 Hora: 18:25 Registro:  
Nome: José Carlos da Silva  
Endereço: Sítio Baixa Doca Referência:  
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Maria do Cambucá  
Idade: 23 anos Sexo: Masculino Cor: Pd Profissão:  
Responsável:  
Endereço do Responsável: Fone:

### DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

#### ACIDENTE DE TRÂNSITO ☒

VEÍCULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☒ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### AGRESSÃO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### ACIDENTE DE TRABALHO ☐

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

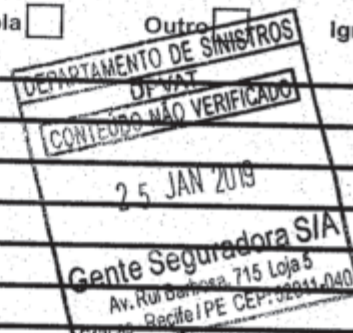
#### OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

#### LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Queixas:



Exame Físico:

PA: 120x80 FC: 88 bpm Pulso: 99% Temperatura: HGT: 118 mmHg

Paciente, 23 anos, consciente e orientada, vítima de colisão de moto, apresentando fratura cominutiva da MID em região tibial, com reposição de tecido ósseo. Referido por H.M.R.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta de MID.

Procedimentos:

- 1) Feita proteção da continuidade e gesso estéril + imobilização da MID.
- 2) MORFING 1 FA em 100ml SF 0.9% (EV)
- 3) CLTRIAVON 2g + ABD (EV)
- 4) SRL 500ml (EV)

Cód.:

Médico Responsável:

Ricardo Bezerra  
CRM: 126778 DE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

João Carlos do Brito

Prontuário:

327952

Data:

/ /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta fêmur D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. cirúrgico e 10 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

Fx. cirúrgica

ATB + ANH + curativos diários

na Rota de 2º ordem

Alta Hospitalar: Data:

05 / 11 / 18

Hora:

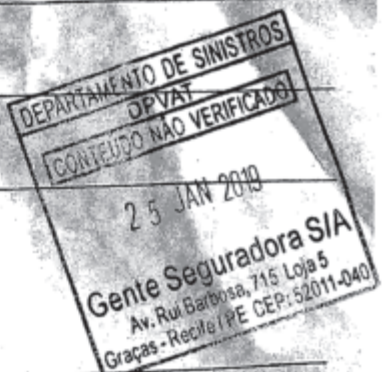
20 - 11 - 18

8:20

João Carlos

Dr. Ricardo Cavalcanti Marinho  
Traumato - Ortopedista  
CRM 14599

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clínica:

Registro Nº:

Enfermaria:

paciente vítima  
de acidente de  
tráfego em 27/10/2018  
sic. frnt. exp.  
feridas D. fixadas  
ext. ver foto:  
Encaminhado p/  
reforma fix. do  
fêmur pel. p/  
fio de dente  
7084

Data

20/11/18

Nilton Pereira de Barros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 10560

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Elcida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JAN 2019  
Gente Seguradora SIA  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIR

08R-47

*Jose Carlos da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
**718.140.264-10**

Nome  
**JOSE CARLOS DA SILVA**

Nascimento  
**11/08/1995**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **9.884.732**

DATA DE EXPEDIÇÃO **20/01/2014**

NOME  
**<< JOSÉ CARLOS DA SILVA >>**

FILIAÇÃO  
**<< JOÃO JOAQUIM DA SILVA >>**  
**<< MARIA JOSEFA DE ARRUDA >>**

NATURALIDADE  
**SURUBIM - PE**

DATA DE NASCIMENTO  
**11/08/1995**

DTC ORIGEM **<< CN.14177 L.A12 F.44V CART.SANTA MARIA DO CAMBUCA-PE 26.11.1996 >>**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 11.106 DE 28/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE  
**BFE1.2E88.40AB.281C**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às **11:07:36** do dia **30/12/2018** (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: **00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**25 JAN 2019**

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-402  
CNPJ: 10.835.332/0001-48 | Ins. Est. 0025843-01 | www.celpe.com.br

Tarifa Social da Energia Elétrica: Cuida pela Lei 10.438, de 26/04/02

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

CENTRO-SULURBIM  
SULURBIM PE  
55750-000

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

1005749888

12/2018

174/2018

07/01/2019

DATA DE EMISSÃO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

UNICA

10/12/2018

DATA DE VENCIMENTO

10/12/2018

DATA DE PAGAMENTO

10/12/2018

DATA DE RECEBIMENTO

10/12/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DP-VAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JAN 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife/PE CEP: 52011-900

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1219484604

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1219484604



EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 1092828-889 PE

CPF: 574.940.534-68

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

CPF: 04/06/1968

ASSINATURA DO CONTRATADO  
SANTA CRUZ DO CAPITANILHE - PE  
16/12/2015  
47587078291  
P5070298457



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIR

08R-47

*Jose Carlos da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
**718.140.264-10**

Nome  
**JOSE CARLOS DA SILVA**

Nascimento  
**11/08/1995**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **9.884.732**

DATA DE EXPEDIÇÃO **20/01/2014**

NOME  
**<< JOSÉ CARLOS DA SILVA >>**

FILIAÇÃO  
**<< JOÃO JOAQUIM DA SILVA >>**  
**<< MARIA JOSEFA DE ARRUDA >>**

NATURALIDADE  
**SURUBIM - PE**

DATA DE NASCIMENTO  
**11/08/1995**

DTC ORIGEM **<< CN.14177 L.A12 F.44V CART.SANTA MARIA DO CAMBUCA-PE 26.11.1996 >>**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 11.127 DE 28/08/03

CÓDIGO DE CONTROLE  
BFE1.2E88.40AB.281C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:07:36 do dia 30/12/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JAN 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 011969985210  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 542713101 INTRC \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2015

NOME  
JOAO JOAQUIM DA SILVA

3TA M CAMBUCA-PE

CPF/CNPJ 029.302.164-33

PLACA KIE0247

PLACA ANT/UF \*\*\*\*\* CHASSI 9C2KC1570DR037176

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO

ALCO/GAS

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2013

QAP/ROT/CS 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COR/PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2015 QUITADO

VENO COTA ÚNICA 1 \*\*\*\*\*

PARCELAMENTO/COTAS 2 \*\*\*\*\*

VENO COTAS 2 \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) 3 \*\*\*\*\*

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

3TA M CAMBUCA-PE

DATA 28/04/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIABILIDADE TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 011969985210 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
JOAO JOAQUIM DA SILVA

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

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

3TA M CAMBUCA-PE

EXERCÍCIO 2015

DATA EMISSÃO 28/04/15

VIA 1 COD RENAVAM 542713101

PLACA KIE0247

ANO FAB 2013

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

QAP/ROT/CS 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COTA ÚNICA IPVA 2015 QUITADO

VENO COTA ÚNICA 1 \*\*\*\*\*

PARCELAMENTO/COTAS 2 \*\*\*\*\*

VENO COTAS 2 \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) 3 \*\*\*\*\*

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

3TA M CAMBUCA-PE

DATA 28/04/15

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ELE NAO É DE FORTE OBRIGATORIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
25 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracás - Recife/PE - CEP: 52011-040



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº 011969985210  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 542713101 INTRC \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2015

NOME  
JOAO JOAQUIM DA SILVA

3TA M CAMBUCA-PE

CPF/CNPJ 029.302.164-33

PLACA KIE0247

PLACA ANT/UF \*\*\*\*\* CHASSI 9C2KC1570DR037176

ESPECÍFICO

COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO

ALCO/GAS

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2013

QAP/ROT/CS 2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

COR/PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2015 QUITADO

VENO COTA ÚNICA 1 \*\*\*\*\*

PADA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2 \*\*\*\*\*

3 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

3TA M CAMBUCA-PE

DATA 28/04/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIABILIDADE TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 011969985210 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
JOAO JOAQUIM DA SILVA

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

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

3TA M CAMBUCA-PE

EXERCÍCIO 2015

DATA EMISSÃO 28/04/15

VIA 1 CPF/CNPJ 029.302.164-33

PLACA KIE0247

RENAVAM 542713101

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2013

QAP/ROT/CS 09

CHASSI 9C2KC1570DR037176

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNE (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

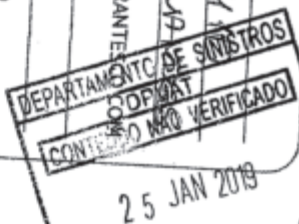
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
25 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracás - Recife/PE - CEP: 52011-040



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE CARLOS DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 28/10/18 CPF DA VÍTIMA 718140264  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A. FERNA  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTE  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR EUA JDAO BATISTA  
 Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO  
 CIDADE SILVANIA UF RE CEP 55750000  
 E-MAIL capa.guero@guero.com.br TELEFONE (81) 96650454



Gente Seguradora S/A  
 Rua Barbosa, 145 Loja 6  
 CEP: 50111-000

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 A VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 O SEGURO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS SIMPLES E LEGÍVEL  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • MORTE = R\$ 13.500,00  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.  
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

DATA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

NOME

ASSINATURA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050382/20

**Vítima:** JOSE CARLOS DA SILVA

**CPF:** 718.140.264-10

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

**Data do acidente:** 28/10/2018

**Titular do CPF:** JOSE CARLOS DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### JOSE CARLOS DA SILVA : 718.140.264-10

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: 06/02/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



SURUBIM (PE), 18 DE FEVEREIRO 2020.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JOSE CARLOS DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3200061911

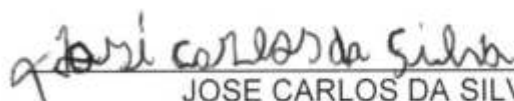
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S<sup>a</sup>, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 28/10/2018, onde sofri FRATURA EXPOSTA EM MINHA PERNA DIREITA, FIZ CIRURGIA e todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES. E não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela LÍDER para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S<sup>a</sup>, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

  
\_\_\_\_\_  
JOSE CARLOS DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200061911 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 28/10/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE EXPOSTA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO EXTERNA) 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:** EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 9

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 - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSE CARLOS DA SILVA, portador do RG nº 9.884.732 SDS/PE e CPF 718.140.264-10, brasileiro, alfabetizado, domiciliado e residente no Si Lagoa Doce Dois, 440, Marrecas, Santa Maria do Cambucá - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o Sr **EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 - SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE CARLOS DA SILVA**, portador do CPF 718.140.264-10, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **28/10/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ- PE, 22 de JANEIRO 2019

OUTORGANTE:

*Jose Carlos da Silva*  
**JOSE CARLOS DA SILVA**

EST. M. DO CAMBUCÁ



( RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9  
Titular: RICARDO JOSE AMORIM CAMPOS  
Telefone: (81) 37571-201

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99, TSNR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

Id: 0159509.VRW01201901.00157 22/01/2019 11:03:09  
Assinatura autenticada em www.tau...

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSE CARLOS DA SILVA, portador do RG nº 9.884.732 SDS/PE e CPF 718.140.264-10, brasileiro, alfabetizado, domiciliado e residente no Si Lagoa Doce Dois, 440, Marrecas, Santa Maria do Cambucá - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o Sr **EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 - SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE CARLOS DA SILVA**, portador do CPF 718.140.264-10, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **28/10/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ- PE, 22 de JANEIRO 2019

OUTORGANTE:

*Jose Carlos da Silva*  
**JOSE CARLOS DA SILVA**

EST. M. DO CAMBUCÁ



( RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9  
Titular: RICARDO JOSE AMORIM CAMPOS  
Telefone: (81) 37571-201

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99, TSNR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

Id: 0159509.VRW01201901.00157 22/01/2019 11:03:09  
Assinatura autenticada em www.tau...



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030458/19

**Número do Sinistro:** 3190067142

**Vítima:** JOSE CARLOS DA SILVA

**CPF:** 718.140.264-10

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 28/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE CARLOS DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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

Data da entrega: 08/03/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

\_\_\_\_\_  
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

\_\_\_\_\_  
JULIANA BEZERRA DE LUNA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050382/20

**Vítima:** JOSE CARLOS DA SILVA

**CPF:** 718.140.264-10

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/10/2018

**Titular do CPF:** JOSE CARLOS DA SILVA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### JOSE CARLOS DA SILVA : 718.140.264-10

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: 06/02/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050382/20

Número do Sinistro: 3200061911

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 28/10/2018

CPF: 718.140.264-10

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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: 20/02/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos