

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: 13596265495 Nome completo da vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Nome completo: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO CPF: 13596265495
Profissão: PCC-IME Endereço: RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS Número: 280 Complemento: CASA
Bairro: PAO DE AÇUCAR Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE CEP: 55790-000
E-mail: _____ 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: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0491 CONTA: 26909 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

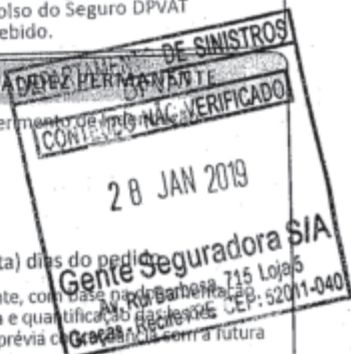
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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 declaração de existência e qualificação de acidente de trânsito decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE
Nome: 2410119
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

A José Pedro da Silva Filho
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.



**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**, CPF-135.962.654-95, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID – **0333**, **REG- 23.638** no dia 25 de novembro de 2018, às 15:h e 48min, no sitio Boqueirão, Município de Brejo da Madre Deus, com queixa de colisão moto com moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de imobilização de trauma, verificação de sinais , AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE ,08 DE JANEIRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenação SAMU
Mat. 08/01/2019

**MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA**



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em ____ / ____ / ____

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00491

CONTA: 000000026909-8

Autenticação:

6CFA6CD19BAD06C0587FE2647D0F044FE415C78EFA80DACBFDBA306901E69E7C



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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDITE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS 280

CPF: 020.355.004-86

PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
141389180	UNICA	07/12/2018

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7015359751	12/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
14/12/2018	04/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
100,75

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
7/12/2018	200233442	3647396

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,0000000	0,73875354	87,91
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030084517-03/09/18			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 033937734-04/10/18			0,63
Multa por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			1,89
Juros por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			0,73
Atualização IGPM-NF 033937734 - 04/10/18			0,54



TOTAL DA FATURA

100,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
62761938	CAT	05-11-2018	9.781,00	07-12-2018	9.900,00	31	1,00000		119,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS	CONSUMO (KWH)
DEZ 18	119
NOV 18	124
OUT 18	106
SET 18	106
AGO 18	99
JUL 18	100
JUN 18	127
MAI 18	134

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	89,21	25,00	22,30
PIS	89,21	0,78	0,70
COFINS	89,21	3,61	3,22

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,16	31,57%
Transmissão	4,17	4,57%
Distribuição (Celpe)	19,50	21,86%
Perdas de Energia	6,14	6,88%
Encargos Setoriais	5,02	5,63%
Tributos	26,22	29,39%
Total	89,21	100%

Consumo Ativo(kWh)

TAXAS APLICADAS

0,52158000



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-002
CNPJ: 10.855.502/0001-08 | Insc. Est.: 0003941-50 | www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica: Cadeia para Lei 10.438, de 26/04/02

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOAO BATISTA 370

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL

CENTRO/SURUBIM
SILRUBIM PE
56730-000

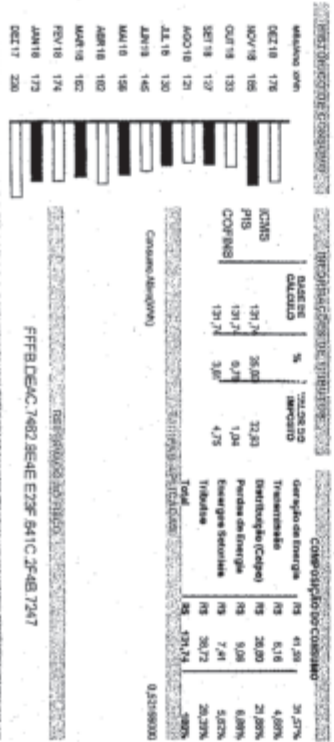
DATA DE INSCRIÇÃO: 04/10/2018
Nº DA UNIDADE: 10122018
Nº DA RESPOSTA: 3753008

7005749888 12/2018
17/12/2018 01/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 164,54

Consumo Abaixo (Wh)
Acrescimo Bandeira AMARELA
Conto: Iun. Publica Municipal
ICMS Substância CDE Nº 03220094-04/0918
ICMS Substância CDE Nº 03408071-02/1018

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
176.0000000	0,73875354	130,02
		1,72
		21,18
		0,53
		0,18

TOTAL DA FATURA					
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA					
Nº DO MÊS	Tipo da Medição	Anterior	Atual	Nº de Contador	Alíquota
00000000	CAT	07-11-2018	24.686,00	10-12-2018	24.672,00
				30	1,20000
					176,00



Programa para medir o consumo de energia elétrica em kWh. O cliente deve instalar o medidor em local adequado e seguir as instruções de instalação. O consumo é medido em kWh e o valor é cobrado mensalmente. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

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

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604



Nº Registro: 01450751206

Válida até: 15/12/2020

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986

15/12/2020 25/09/1986



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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDITE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS 280

CPF: 020.355.004-86

PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
141389180	UNICA	07/12/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
7/12/2018	200233442	3647396

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7015359751	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
14/12/2018	04/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	100,75

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,0000000	0,73875354	87,91
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030084517-03/09/18			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 033937734-04/10/18			0,63
Multa por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			1,89
Juros por atraso-NF 033937734 - 04/10/18			0,73
Atualização IGPM-NF 033937734 - 04/10/18			0,54



TOTAL DA FATURA

100,75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
62761938	CAT	05-11-2018	9.781,00	07-12-2018	9.900,00	31	1,00000		119,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS	CONSUMO (KWH)
DEZ 18	119
NOV 18	124
OUT 18	106
SET 18	106
AGO 18	99
JUL 18	100
JUN 18	127
MAI 18	134

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	89,21	25,00	22,30
PIS	89,21	0,78	0,70
COFINS	89,21	3,61	3,22

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	26,16	31,57%
Transmissão	4,17	4,57%
Distribuição (Celpe)	19,50	21,86%
Perdas de Energia	6,14	6,88%
Encargos Setoriais	5,02	5,63%
Tributos	26,22	29,39%
Total	89,21	100%

Consumo Ativo(kWh)

TAXAS APLICADAS

0,52158000



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-002
CNPJ: 10.855.502/0001-08 | Insc. Est.: 0003941-59 | www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica: Cadeia para Lei 10.438, de 26/04/02

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOAO BATISTA 370

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL

CENTRO/SURUBIM
SILRUBIM PE
56730-000

DATA DE INSCRIÇÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
04/10/2017	10/12/2018	17/12/2018
Nº DA CLIENTELA	Nº DA RESPOSTA	TOTAL A PAGAR (R\$)
101722018	2011169388	3753008

7005749888 12/2018
17/12/2018 01/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 164,54

Consumo Abaixo (Wh)
Acrescimo Bandeira AMARELA
Conto: Iun. Publica Municipal
ICMS Substância CDE Nº 03228094-04/0918
ICMS Substância CDE Nº 03408071-02/1018

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
176.0000000	0,73875354	130,02
		1,72
		21,18
		0,83
		0,78

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº de Dias	Constante	Alíquota	Consumo (Wh)
007814	CAT	07-11-2018	24.686,00	10-12-2018	24.672,00	30	1,2000
							176,00

Medição em	Consumo (Wh)	Valor em R\$
02/10/18	176	130,02
03/10/18	176	130,02
04/10/18	176	130,02
05/10/18	176	130,02
06/10/18	176	130,02
07/10/18	176	130,02
08/10/18	176	130,02
09/10/18	176	130,02
10/10/18	176	130,02
11/10/18	176	130,02
12/10/18	176	130,02
13/10/18	176	130,02
14/10/18	176	130,02
15/10/18	176	130,02
16/10/18	176	130,02
17/10/18	176	130,02
18/10/18	176	130,02
19/10/18	176	130,02
20/10/18	176	130,02
21/10/18	176	130,02
22/10/18	176	130,02
23/10/18	176	130,02
24/10/18	176	130,02
25/10/18	176	130,02
26/10/18	176	130,02
27/10/18	176	130,02
28/10/18	176	130,02
29/10/18	176	130,02
30/10/18	176	130,02
31/10/18	176	130,02
01/11/18	176	130,02
02/11/18	176	130,02
03/11/18	176	130,02
04/11/18	176	130,02
05/11/18	176	130,02
06/11/18	176	130,02
07/11/18	176	130,02
08/11/18	176	130,02
09/11/18	176	130,02
10/11/18	176	130,02
11/11/18	176	130,02
12/11/18	176	130,02
13/11/18	176	130,02
14/11/18	176	130,02
15/11/18	176	130,02
16/11/18	176	130,02
17/11/18	176	130,02
18/11/18	176	130,02
19/11/18	176	130,02
20/11/18	176	130,02
21/11/18	176	130,02
22/11/18	176	130,02
23/11/18	176	130,02
24/11/18	176	130,02
25/11/18	176	130,02
26/11/18	176	130,02
27/11/18	176	130,02
28/11/18	176	130,02
29/11/18	176	130,02
30/11/18	176	130,02
31/11/18	176	130,02
01/12/18	176	130,02
02/12/18	176	130,02
03/12/18	176	130,02
04/12/18	176	130,02
05/12/18	176	130,02
06/12/18	176	130,02
07/12/18	176	130,02
08/12/18	176	130,02
09/12/18	176	130,02
10/12/18	176	130,02
11/12/18	176	130,02
12/12/18	176	130,02
13/12/18	176	130,02
14/12/18	176	130,02
15/12/18	176	130,02
16/12/18	176	130,02
17/12/18	176	130,02
18/12/18	176	130,02
19/12/18	176	130,02
20/12/18	176	130,02
21/12/18	176	130,02
22/12/18	176	130,02
23/12/18	176	130,02
24/12/18	176	130,02
25/12/18	176	130,02
26/12/18	176	130,02
27/12/18	176	130,02
28/12/18	176	130,02
29/12/18	176	130,02
30/12/18	176	130,02
31/12/18	176	130,02

Medição em	Consumo (Wh)	Valor em R\$
02/10/18	176	130,02
03/10/18	176	130,02
04/10/18	176	130,02
05/10/18	176	130,02
06/10/18	176	130,02
07/10/18	176	130,02
08/10/18	176	130,02
09/10/18	176	130,02
10/10/18	176	130,02
11/10/18	176	130,02
12/10/18	176	130,02
13/10/18	176	130,02
14/10/18	176	130,02
15/10/18	176	130,02
16/10/18	176	130,02
17/10/18	176	130,02
18/10/18	176	130,02
19/10/18	176	130,02
20/10/18	176	130,02
21/10/18	176	130,02
22/10/18	176	130,02
23/10/18	176	130,02
24/10/18	176	130,02
25/10/18	176	130,02
26/10/18	176	130,02
27/10/18	176	130,02
28/10/18	176	130,02
29/10/18	176	130,02
30/10/18	176	130,02
31/10/18	176	130,02
01/11/18	176	130,02
02/11/18	176	130,02
03/11/18	176	130,02
04/11/18	176	130,02
05/11/18	176	130,02
06/11/18	176	130,02
07/11/18	176	130,02
08/11/18	176	130,02
09/11/18	176	130,02
10/11/18	176	130,02
11/11/18	176	130,02
12/11/18	176	130,02
13/11/18	176	130,02
14/11/18	176	130,02
15/11/18	176	130,02
16/11/18	176	130,02
17/11/18	176	130,02
18/11/18	176	130,02
19/11/18	176	130,02
20/11/18	176	130,02
21/11/18	176	130,02
22/11/18	176	130,02
23/11/18	176	130,02
24/11/18	176	130,02
25/11/18	176	130,02
26/11/18	176	130,02
27/11/18	176	130,02
28/11/18	176	130,02
29/11/18	176	130,02
30/11/18	176	130,02
31/11/18	176	130,02
01/12/18	176	130,02
02/12/18	176	130,02
03/12/18	176	130,02
04/12/18	176	130,02
05/12/18	176	130,02
06/12/18	176	130,02
07/12/18	176	130,02
08/12/18	176	130,02
09/12/18	176	130,02
10/12/18	176	130,02
11/12/18	176	130,02
12/12/18	176	130,02
13/12/18	176	130,02
14/12/18	176	130,02
15/12/18	176	130,02
16/12/18	176	130,02
17/12/18	176	130,02
18/12/18	176	130,02
19/12/18	176	130,02
20/12/18	176	130,02
21/12/18	176	130,02
22/12/18	176	130,02
23/12/18	176	130,02
24/12/18	176	130,02
25/12/18	176	130,02
26/12/18	176	130,02
27/12/18	176	130,02
28/12/18	176	130,02
29/12/18	176	130,02
30/12/18	176	130,02
31/12/18	176	130,02

FFFB/DEAC 7482 SERIE E23F 541C 2F4B 7247

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

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604



RG 01450751206
VÁLIDA 15/12/2020
Nº 25/09/1986
CPF 574.940.534-68
DATA DE EMISSÃO 04/06/1966
LOCAL AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA - GOIÁS
DISTRITO FEDERAL
ALDO FERREIRA FERNANDES

ASSINATURA DO ASSURADO
ASSINATURA DO REPRESENTANTE
LOCAL SANTA CRUZ DO CAPITANIZADO - PE
DATA DE EMISSÃO 16/12/2015
Nº 47587078291
DISTRITO FEDERAL
DISTRITO FEDERAL

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.962.654 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.962.654 / 95, 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, res. 110, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 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, 26

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.962.654 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135.962.654 / 95, 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, res. 110, de 11/01/2011, 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>55750000</u>
Email <u>aprigmon994@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 96650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81335022</u>

SURUBIM/PE, 24 de JANEIRO de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ PEDRO DA SILVA,
RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 992.076.244/68, com
domicílio na cidade de Taquaritinga do Norte, no Estado de
PERNAMBUCO, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
POVÃO DO PAU DE AÇÚCAR, nº 5/M,
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 JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO, cujo o condutor era
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO.
Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA CG.150
Ano: 2008
Placa:
Chassi:
Data do Acidente: 25/11/2018.
Local e Data: Taquaritinga do Norte (PE), 29/12/2018.

José Pedro da Silva
Assinatura do Declarante

José Pedro da Silva Filho

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante)



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL
PAU DE AÇÚCAR - TAQUARITINGA DO NORTE - PE
DELEGADA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA
JEANNE TAVARES FERREIRA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE PEDRO DA SILVA,
 RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,
 Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 992.076.244/68, com
 domicílio na cidade de LAGOATINGA DO NORTE, no Estado do
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
POMAR DO PÃO DE AÇÚCAR, nº 5/M,
 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 PEDRO DA SILVA FILHO, cujo o condutor era
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO.
 Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda CB 150
 Ano: 2008
 Placa: KFT 4683
 Chassi: 9C2K008108R182922
 Data do Acidente: 25/11/2018.
 Local e Data: LAGOATINGA DO NORTE (PE), 29/12/2018.

JOSE PEDRO DA SILVA
 Assinatura do Declarante

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro).



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ PEDRO DA SILVA,
RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 992.076.244/68, com
domicílio na cidade de TAGUARETINGA DO NORTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
POVÃO DO PAU DE AÇÚCAR, nº 5/M,
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 JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO, cujo o condutor era
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO.
Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA CG.150
Ano: 2008
Placa:
Chassi:
Data do Acidente: 25/11/2018.
Local e Data: TAGUARETINGA DO NORTE (PE), 29/12/2018.

José Pedro da Silva
Assinatura do Declarante

José Pedro da Silva Filho

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante)



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL
PAU DE AÇÚCAR - TAGUARETINGA DO NORTE, PE
DELEGADA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA ARDELIA
JEANE TAVARES FERREIRA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO** nascido em 08/08/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 25/11/2018 por volta das **17h09min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JANEIRO de 2018



ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591



FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: _____ Data: 25/11/18 Hora: 16:48 min
Nome: Jose Pedro da Silva Filho Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: 21 Nascimento: ____/____/____ Nº SUS _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: _____
Mãe: _____

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: ____:____ min
PA: 120 x 90 mmHg HGT: 89 FC: 132 FR: 18 SaO2% 98

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: ____:____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: Wga

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR >32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco();
Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Iresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave();
Cimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa()

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmhg(); PAD>130();
Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas ultimas 24h(); mucosas ressecadas();
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa(); historia até 72h de:
Melena(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico();

OBS: _____



Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SSVV (); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ().

OBS: Último de acidente de moto, trouxe pelo DRAC, relato dos em companhia
val, vitimado + dos em região da calçada

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: Medicina ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

Mayra Pereira da Silva
Atendente - Protophila
CRM-PE 510833

MÉDICO: _____

Histórico do paciente: Idoso de 75 anos, vítima de acidente de trânsito
com trauma na cabeça e tórax. O mesmo
está em tratamento com analgésicos, porém com dor, urina, febre,
e a 2.ª de 15; PFE e isômeros.

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica Politrauma

Conduta: 1. Sinais vitais (V) + Trauma Tórax (V)
2. Razo x de 100 + Urina (V) + Analg.
Exame para avaliar o trauma e dor.

Thaís Costa de Almeida
CRM-PE 19891

TS. E CARIMBO _____



SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE

RECEITUÁRIO

Nome:

Jose Pedro da Silva

Cucaminhamoito

Pot/Vitima de acidente motociclistas

- ticc, moto q/moto deu entrada
nesta unidade trazido para ser

- Pot/Referencia de na mandibula,
e ombro (D).

- Ao EX - Foi detectado fratura na
mandibula e cabeça do ombro (D)

- EG - Paciente elavizado, mas
consciente e orientada

- Solicito avaliação do traumatologista.

Data

25/11/2018

Grato,

Tiago Costa de Almeida
Médico
CRM-PB 19881

Nome:

NRW

Rg

Medicamentos

DEVILHA: 5564256

Data

/



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Pedro da Silva Filho

Prontuário: 330102

Data: 05 / 12 / 18

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura completa de mandíbula (parâmetro ② e corpo ③)

mandibular)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

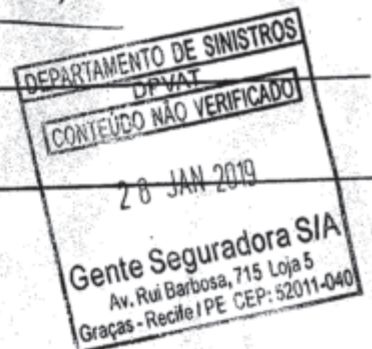
Retorno ao ambulatório de Dr. Antônio Viana, dia

18/12/18

7 horas

TRATAMENTO REALIZADO:

Ost. orientar de fratura de mandíbula



Alta Hospitalar: Data: 12 / 12 / 18

Hora: 08:30

Dra. Joelma Araújo
Cirurgiã e Traumatologista
Bucco-Maxilo-facial
CRM/PE 12352

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: José Pedro da Silva Filho

Nº do Registro: 330102

Clinica: BRF

Nº do Leito: 82

Operador: Dr. Anton Vieira

1º Assistente: Dr. Dalton Cavalcanti

2º Assistente: Dr. Petrus Fernandes

Instrumentador: Dr. Leonardo Nunes

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura complexa de mandíbula

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

Osteossíntese de fratura complexa de mandíbula

Operação Realizada:

O mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① paciente em DDH, sob oxigenação geral
- ② Anestesia + Antimétese + Aspiração dos campos cirúrgicos
- ③ Anestesia local infiltrativa + imobilização do temporário maxilar
- ④ Incisão + dissecção + descolamento + aspiração dos traços de fratura
- ⑤ B M M com: A.C. 8 (alto) perfurações verticais 2.0mm
- ⑥ Mandíbula 1 fixação de patentes com: #04 (quatro) placas verticais 2.0mm + perfurações
- ⑦ Arterização maxilar com SE 9, 9%
- ⑧ Sutura
- ⑨ Remoção do temporário maxilar
- ⑩ Curativo

Prof. Anton Vieira Segundo, PhD
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
Matrícula - HRA - 243.416
CRO-PE 0711



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO** nascido em 08/08/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 25/11/2018 por volta das **17h09min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JANEIRO de 2018



ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

José Ademir Pereira
Diretor
Unidade de Pronto Atendimento UPA-24h
MAT. 514591



FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: _____ Data: 25/11/18 Hora: 16:48 min
Nome: Jose Pedro da Silva Filho Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: 21 Nascimento: ____/____/____ Nº SUS _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
Pai: _____
Mãe: _____

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: ____:____ min
PA: 120 x 90 mmHg HGT: 89 FC: 132 FR: 18 SaO2% 98%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: ____:____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: Wga

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apnéia(); Cianose(); Estridor(); PC<50>140(); FR >32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco();
Pulso ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Iresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave();
Cimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas(); Hipoglicemia com sudorese intensa()

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmhg(); PAD>130();
Febre >39°C(); Febre com imunodepressão(); Convulsão nas ultimas 24h(); mucosas ressecadas();
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa();
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa(); historia até 72h de:
Melena(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico();

OBS: _____



Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SSVV (); PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ().

OBS: vítima de acidente de moto, trazida pelo SAMU, relato dos em companhia
val, vit. ligada + dor em região da cabeça

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: medica ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

Mayra Pereira da Silva
Atendente - Protophila
CRM-PE 510833

MÉDICO: _____

Histórico do paciente: Idoso, vítima de acidente de moto, com trauma na cabeça e tórax. O mesmo
mostra-se satisfeito, porém com dor, urtido, e com
2.2.2015; PFE e isobol.

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica Politrauma

Conduta: 1. Sinais vitais (V) + Trauma Tórax (V)
2. Razo x de low + UNCO (P) + urtido.
Exame para avaliar do trauma e low.

Thayza Costa de Almeida
CRM-PE 19891

TS. E CARIMBO _____



SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE

RECEITUÁRIO

Nome:

Jose Pedro da Silva

Cucaminhamoito

Pot/Vitima de acidente motociclistas
- ticc, moto q/moto deu entrada
nesta unidade trazido para socor-
- Pot/Referencia de lesao na mandibula
e ombro (1).

- Ao EX - Foi detectado fratura na
mandibula e cabeça do ombro (1)

- EG - Paciente estabilizado, mas
consciente e orientado

- Solicito avaliação do traumatol-
topedia.

Data:

25/11/2018

Grato,

Tiago Costa de Almeida
Médico
CRM-PB 19881

Nome:

NRW

Rg

Medicamentos:

DEVILHA: 5564256

Data:

/



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Pedro da Silva Filho

Prontuário: 330102

Data: 05 / 12 / 18

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura completa de mandíbula (parâmetro ② e corpo ③)

mandibular)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

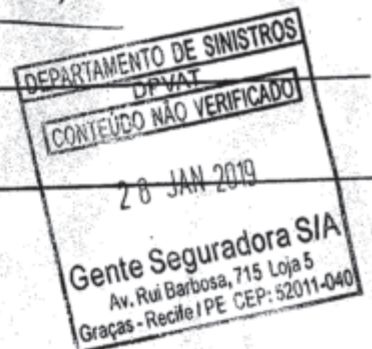
Retorno ao ambulatório de Dr. Antônio Viana, dia

18/12/18

7 horas

TRATAMENTO REALIZADO:

Osx orientar de fratura de mandíbula



Alta Hospitalar: Data: 12 / 12 / 18

Hora: 08:30

Dra. Joelma Araújo
Cirurgiã e Traumatologista
Bucco-Maxilo-facial
CRM/PE 12352

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO
 Loc. Nasc. CAMPINA GRANDE Est. PB Data 08/08/1965
 Filiação JOSÉ PEDRO DA SILVA E
 ERINEIDE BARBOSA DA SILVA
 Doc. Nº CN 9168744-4 CPF 4471471-1 TAB. DO NORTE PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.
 Data Emissão 09/07/2014 SRT. TAB. DO NORTE PE

[Assinatura]
 Assinatura do Funcionário

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 JAN 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 710 Loja 5
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



NÚMERO 064997 Série 00108



José Pedro da Silva Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **135.962.654-95**

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **08/08/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/01/2016**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:23:10** do dia **17/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4E60.0417.A470.B5E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-002
CNPJ: 10.855.502/0001-08 | Insc. Est.: 0003941-59 | www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica: Cadeia para Lei 10.438, de 26/04/02

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOAO BATISTA 370

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL

CENTRO/SURUBIM
SILRUBIM PE
56730-000

DATA DE INSCRIÇÃO: 04/10/2018
Nº DA UNICA: 10/12/2018
Nº DA RESOLUÇÃO: 3753008
Nº DA RESOLUÇÃO: 3753008

7005749888 12/2018
DATA DE VENCIMENTO: 01/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 164,54

Consumo Abaixo (kWh)
Acrescimo Bandeira AMARELA
Conto: Ilum. Publica Municipal
ICMS Substância CDE Nº 03228094-04/0918
ICMS Substância CDE Nº 03408071-02/1018

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
176,00000000	0,73875354	130,02
		1,72
		21,18
		0,53
		0,18

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

PERÍODO	Tipo da Medição	Anterior	Atual	Nº de Contador	Alíquota	Consumo (kWh)
01/11/2018	24	10-12-2018	24	30	1,20000	176,00

PERÍODO	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01/11/2018	176,00	130,02
02/11/2018	176,00	130,02
03/11/2018	176,00	130,02
04/11/2018	176,00	130,02
05/11/2018	176,00	130,02
06/11/2018	176,00	130,02
07/11/2018	176,00	130,02
08/11/2018	176,00	130,02
09/11/2018	176,00	130,02
10/11/2018	176,00	130,02
11/11/2018	176,00	130,02
12/11/2018	176,00	130,02
13/11/2018	176,00	130,02
14/11/2018	176,00	130,02
15/11/2018	176,00	130,02
16/11/2018	176,00	130,02
17/11/2018	176,00	130,02
18/11/2018	176,00	130,02
19/11/2018	176,00	130,02
20/11/2018	176,00	130,02
21/11/2018	176,00	130,02
22/11/2018	176,00	130,02
23/11/2018	176,00	130,02
24/11/2018	176,00	130,02
25/11/2018	176,00	130,02
26/11/2018	176,00	130,02
27/11/2018	176,00	130,02
28/11/2018	176,00	130,02
29/11/2018	176,00	130,02
30/11/2018	176,00	130,02
31/11/2018	176,00	130,02
01/12/2018	176,00	130,02
02/12/2018	176,00	130,02
03/12/2018	176,00	130,02
04/12/2018	176,00	130,02
05/12/2018	176,00	130,02
06/12/2018	176,00	130,02
07/12/2018	176,00	130,02
08/12/2018	176,00	130,02
09/12/2018	176,00	130,02
10/12/2018	176,00	130,02
11/12/2018	176,00	130,02
12/12/2018	176,00	130,02
13/12/2018	176,00	130,02
14/12/2018	176,00	130,02
15/12/2018	176,00	130,02
16/12/2018	176,00	130,02
17/12/2018	176,00	130,02
18/12/2018	176,00	130,02
19/12/2018	176,00	130,02
20/12/2018	176,00	130,02
21/12/2018	176,00	130,02
22/12/2018	176,00	130,02
23/12/2018	176,00	130,02
24/12/2018	176,00	130,02
25/12/2018	176,00	130,02
26/12/2018	176,00	130,02
27/12/2018	176,00	130,02
28/12/2018	176,00	130,02
29/12/2018	176,00	130,02
30/12/2018	176,00	130,02
31/12/2018	176,00	130,02

PERÍODO	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01/11/2018	176,00	130,02
02/11/2018	176,00	130,02
03/11/2018	176,00	130,02
04/11/2018	176,00	130,02
05/11/2018	176,00	130,02
06/11/2018	176,00	130,02
07/11/2018	176,00	130,02
08/11/2018	176,00	130,02
09/11/2018	176,00	130,02
10/11/2018	176,00	130,02
11/11/2018	176,00	130,02
12/11/2018	176,00	130,02
13/11/2018	176,00	130,02
14/11/2018	176,00	130,02
15/11/2018	176,00	130,02
16/11/2018	176,00	130,02
17/11/2018	176,00	130,02
18/11/2018	176,00	130,02
19/11/2018	176,00	130,02
20/11/2018	176,00	130,02
21/11/2018	176,00	130,02
22/11/2018	176,00	130,02
23/11/2018	176,00	130,02
24/11/2018	176,00	130,02
25/11/2018	176,00	130,02
26/11/2018	176,00	130,02
27/11/2018	176,00	130,02
28/11/2018	176,00	130,02
29/11/2018	176,00	130,02
30/11/2018	176,00	130,02
31/11/2018	176,00	130,02
01/12/2018	176,00	130,02
02/12/2018	176,00	130,02
03/12/2018	176,00	130,02
04/12/2018	176,00	130,02
05/12/2018	176,00	130,02
06/12/2018	176,00	130,02
07/12/2018	176,00	130,02
08/12/2018	176,00	130,02
09/12/2018	176,00	130,02
10/12/2018	176,00	130,02
11/12/2018	176,00	130,02
12/12/2018	176,00	130,02
13/12/2018	176,00	130,02
14/12/2018	176,00	130,02
15/12/2018	176,00	130,02
16/12/2018	176,00	130,02
17/12/2018	176,00	130,02
18/12/2018	176,00	130,02
19/12/2018	176,00	130,02
20/12/2018	176,00	130,02
21/12/2018	176,00	130,02
22/12/2018	176,00	130,02
23/12/2018	176,00	130,02
24/12/2018	176,00	130,02
25/12/2018	176,00	130,02
26/12/2018	176,00	130,02
27/12/2018	176,00	130,02
28/12/2018	176,00	130,02
29/12/2018	176,00	130,02
30/12/2018	176,00	130,02
31/12/2018	176,00	130,02

FFFB/DEAC 7482 SERIE E23F 541C 2F4B 7247

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

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604



RENATO JOSE DE ALMEIDA FERREIRA
CPF: 574.940.534-68
DATA DE EMISSÃO: 04/06/1966
LOCAL: AMARAL FERREIRAS DE OLIVEIRA - GOIÁS
DISTRITO: ALTO PARAISO DE GOIÁS
MUNICÍPIO: ALTO PARAISO DE GOIÁS
UF: GOIÁS
CPF: 574.940.534-68
DATA DE EMISSÃO: 04/06/1966
LOCAL: AMARAL FERREIRAS DE OLIVEIRA - GOIÁS
DISTRITO: ALTO PARAISO DE GOIÁS
MUNICÍPIO: ALTO PARAISO DE GOIÁS
UF: GOIÁS

LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPITANIEZ - PE
DATA DE EMISSÃO: 16/12/2015
ASSINATURA DO EMISSOR: [Signature]
CPF: 47587078291
CPF: 47587078291
CPF: 47587078291

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO
 Loc. Nasc. CAMPINA GRANDE Est. PB Data 08/08/1965
 Filiação JOSÉ PEDRO DA SILVA E
 ERINEIDE BARBOSA DA SILVA
 Doc. Nº CN 9168744-4 CPF 44761407 TAD DO NORTE PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.
 Data Emissão 09/07/2014 SRT TAD DO NORTE PE

[Assinatura]
 Assinatura do Funcionário

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 JAN 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 710 Loja 5
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



NÚMERO 064997 SÉRIE 00108



José Pedro da Silva Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **135.962.654-95**

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **08/08/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/01/2016**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:23:10** do dia **17/01/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4E60.0417.A470.B5E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-002
CNPJ: 10.855.502/0001-08 | Insc. Est.: 0003941-50 | www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica: Cadeia para Lei 10.438, de 26/04/02

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOAO BATISTA 370

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 945.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL

CENTRO/SURUBIM
SILRUBIM PE
56730-000

DATA DE INSCRIÇÃO: 04/10/2018
Nº DA UNICA: 10/12/2018
Nº DA RESOLUÇÃO: 3753008
Nº DA RESOLUÇÃO: 3753008

7005749888 12/2018
DATA DE VENCIMENTO: 17/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 164,54
DATA DE PAGAMENTO: 01/01/2019

Consumo Abaixo (Wh)
Acrescimo Bandeira AMARELA
Contrib. Ilum. Publica Municipal
ICMS Substância CDE NF 03428094-04/0918
ICMS Substância CDE NF 03408071-02/1018

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
176,00000000	0,73875354	130,02
		1,72
		21,18
		0,53
		0,18

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

PERÍODO	Tipo da Medição	Anterior	Atual	Nº de Contador	Alíquota	Consumo (Wh)
01/11/2018	24	10-12-2018	24	87	30	1,20000
02/11/2018	24	10-12-2018	24	87	30	176,00

PERÍODO	Consumo (Wh)	Valor (R\$)
02/11/2018	176,00	130,02
03/11/2018	176,00	130,02
04/11/2018	176,00	130,02
05/11/2018	176,00	130,02
06/11/2018	176,00	130,02
07/11/2018	176,00	130,02
08/11/2018	176,00	130,02
09/11/2018	176,00	130,02
10/11/2018	176,00	130,02
11/11/2018	176,00	130,02
12/11/2018	176,00	130,02
13/11/2018	176,00	130,02
14/11/2018	176,00	130,02
15/11/2018	176,00	130,02
16/11/2018	176,00	130,02
17/11/2018	176,00	130,02
18/11/2018	176,00	130,02
19/11/2018	176,00	130,02
20/11/2018	176,00	130,02
21/11/2018	176,00	130,02
22/11/2018	176,00	130,02
23/11/2018	176,00	130,02
24/11/2018	176,00	130,02
25/11/2018	176,00	130,02
26/11/2018	176,00	130,02
27/11/2018	176,00	130,02
28/11/2018	176,00	130,02
29/11/2018	176,00	130,02
30/11/2018	176,00	130,02
31/11/2018	176,00	130,02
01/12/2018	176,00	130,02
02/12/2018	176,00	130,02
03/12/2018	176,00	130,02
04/12/2018	176,00	130,02
05/12/2018	176,00	130,02
06/12/2018	176,00	130,02
07/12/2018	176,00	130,02
08/12/2018	176,00	130,02
09/12/2018	176,00	130,02
10/12/2018	176,00	130,02
11/12/2018	176,00	130,02
12/12/2018	176,00	130,02
13/12/2018	176,00	130,02
14/12/2018	176,00	130,02
15/12/2018	176,00	130,02
16/12/2018	176,00	130,02
17/12/2018	176,00	130,02
18/12/2018	176,00	130,02
19/12/2018	176,00	130,02
20/12/2018	176,00	130,02
21/12/2018	176,00	130,02
22/12/2018	176,00	130,02
23/12/2018	176,00	130,02
24/12/2018	176,00	130,02
25/12/2018	176,00	130,02
26/12/2018	176,00	130,02
27/12/2018	176,00	130,02
28/12/2018	176,00	130,02
29/12/2018	176,00	130,02
30/12/2018	176,00	130,02
31/12/2018	176,00	130,02

PERÍODO	Consumo (Wh)	Valor (R\$)
02/11/2018	176,00	130,02
03/11/2018	176,00	130,02
04/11/2018	176,00	130,02
05/11/2018	176,00	130,02
06/11/2018	176,00	130,02
07/11/2018	176,00	130,02
08/11/2018	176,00	130,02
09/11/2018	176,00	130,02
10/11/2018	176,00	130,02
11/11/2018	176,00	130,02
12/11/2018	176,00	130,02
13/11/2018	176,00	130,02
14/11/2018	176,00	130,02
15/11/2018	176,00	130,02
16/11/2018	176,00	130,02
17/11/2018	176,00	130,02
18/11/2018	176,00	130,02
19/11/2018	176,00	130,02
20/11/2018	176,00	130,02
21/11/2018	176,00	130,02
22/11/2018	176,00	130,02
23/11/2018	176,00	130,02
24/11/2018	176,00	130,02
25/11/2018	176,00	130,02
26/11/2018	176,00	130,02
27/11/2018	176,00	130,02
28/11/2018	176,00	130,02
29/11/2018	176,00	130,02
30/11/2018	176,00	130,02
31/11/2018	176,00	130,02
01/12/2018	176,00	130,02
02/12/2018	176,00	130,02
03/12/2018	176,00	130,02
04/12/2018	176,00	130,02
05/12/2018	176,00	130,02
06/12/2018	176,00	130,02
07/12/2018	176,00	130,02
08/12/2018	176,00	130,02
09/12/2018	176,00	130,02
10/12/2018	176,00	130,02
11/12/2018	176,00	130,02
12/12/2018	176,00	130,02
13/12/2018	176,00	130,02
14/12/2018	176,00	130,02
15/12/2018	176,00	130,02
16/12/2018	176,00	130,02
17/12/2018	176,00	130,02
18/12/2018	176,00	130,02
19/12/2018	176,00	130,02
20/12/2018	176,00	130,02
21/12/2018	176,00	130,02
22/12/2018	176,00	130,02
23/12/2018	176,00	130,02
24/12/2018	176,00	130,02
25/12/2018	176,00	130,02
26/12/2018	176,00	130,02
27/12/2018	176,00	130,02
28/12/2018	176,00	130,02
29/12/2018	176,00	130,02
30/12/2018	176,00	130,02
31/12/2018	176,00	130,02

Procedimento para a emissão de uma nova fatura de energia elétrica:
1. O cliente deve entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) através do telefone 0800-0000000 ou pelo site www.celpe.com.br.
2. O cliente deve fornecer os dados necessários para a emissão da nova fatura, como o nome, endereço e o número da fatura anterior.
3. O cliente deve aguardar a emissão da nova fatura, que será enviada para o endereço cadastrado na CELPE.
4. O cliente deve pagar a nova fatura dentro do prazo estabelecido para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

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

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219484604

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604



RENATO JOSE DE ALMEIDA FERREIRA
CPF: 574.940.534-68
DATA DE EMISSÃO: 04/06/1968
LOCAL: AMARAL FERNANDES DE OLIVEIRA - GOIÁS
DISTRITO: ALTO DO PARAÍSO
MUNICÍPIO: ALTO DO PARAÍSO - GOIÁS
UF: GOIÁS
CEP: 74.940-534-68
DATA DE VENCIMENTO: 15/12/2020
VALOR: 25/09/1986

LOCAL: SANTA CRUZ DO CAPITANIEZ - PE
DATA DE EMISSÃO: 16/12/2015
VALOR: 47587078291
CEP: 52070098467

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013932982702
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
SMTX-TE N.º 000.449.74 RNTRO EXERCICIO
1 968964974 ***** 2018

NOME
JOSE PEDRO DA SILVA
TORITAMA-PE
972.076.244-58
PLACA ANT / UF
***** / PE
CHASSI
9C2KC08108R182922
PLACA
FET4583

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA/MOTO-TAN
MARCA / MODELO
HONDA / CG 150 TITAN K8
CAP / POT / OIL
2E / 149CL
CATEGORIA
ALUGUEL
COR PRECEDENTE
PRETA
VENC / COTAS
1* *****
2* *****
3* *****
COTA UNICA
1 IPVA 2013 QUITADO
FAIXA IPVA
1
PARCELAMENTO / COTAS

VENC / COTAS
1* *****
2* *****
3* *****
COTA UNICA
1 IPVA 2013 QUITADO
FAIXA IPVA
1
PARCELAMENTO / COTAS

VENC / COTAS
1* *****
2* *****
3* *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESERVA
OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

TORITAMA
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE
DATA
20/03/18

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
COMISSÃO NAC VERIFICADORA
28 JAN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lda 5
CEP: 011-040

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

PE Nº 013932982702 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE PEDRO DA SILVA
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

TORITAMA-PE
VIA 1
972.076.244-58
RENAVAM 968964974
ANO FAB 2008
CPF / CNPJ
972.076.244-58
MARCA / MODELO
HONDA / CG 150 TITAN K8
Nº CHASSI
9C2KC08108R182922
EXERCICIO 2018
DATA EMISSÃO 20/03/18
PLACA FET4583

PRÊMIO TARIFÁRIO
TNS (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO
COTA UNICA
PAGAMENTO
PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.246.508/0001-04
ESTABELECE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.509/0001-04

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE PEDRO DA SILVA FILHO
 DATA DO ACIDENTE 25/11/18 CPF DA VÍTIMA 7359626549
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A. FERREIRA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARAN
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAO BATISTA
 Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE SUBUAIA UF PE CEP 55750000
 E-MAIL apagunetiquel@yahoo.com.br TELEFONE (S) 96650454

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

Gente Seguradora S/A
 Rua Barbosa, 745 Loja 5
 CEP: 52011-040

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 CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () ATENDIMENTO REALIZADO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O ATENDIMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () PROVA DE PAGAMENTO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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)
 (X) 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 IDENTIDADE 309202883SPRE
 ASSINATURA [Assinatura]

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429437/19

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF: 135.962.654-95

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/11/2018

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

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 PEDRO DA SILVA FILHO : 135.962.654-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672804 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA.
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA PG. 3, DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO EM GRAU LEVE.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

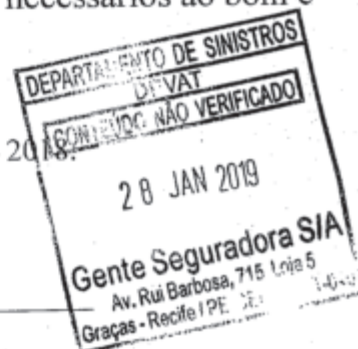
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, portador do RG nº 9.988.412 SDS/PE e CPF 135.962.654-95, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 08/08/1995, filho de: Jose Pedro da Silva e Erineide Barbosa da Silva, domiciliado e residente Rua Manoel Severino dos Santos, 282, Pão de Açúcar, Taquaritinga do Norte - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constituo 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 PEDRO DA SILVA FILHO**, portador do CPF 135.962.654-95, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **25/12/2018**, 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.

TAQUARITINGA DO NORTE-PE, 27 de DEZEMBRO de 2018.

OUTORGANTE:

Jose Pedro da Silva Filho
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL
PÃO DE AÇÚCAR - TAQUARITINGA DO NORTE - PE
RELA MARIA APARECIDA DE QUEIROZ-TABELIÃ
JEANE TAVARES FERREIRA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, portador do RG nº 9.988.412 SDS/PE e CPF 135.962.654-95, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 08/08/1995, filho de: Jose Pedro da Silva e Erineide Barbosa da Silva, domiciliado e residente Rua Manoel Severino dos Santos, 282, Pão de Açúcar, Taquaritinga do Norte - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constituo 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 PEDRO DA SILVA FILHO**, portador do CPF 135.962.654-95, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **25/12/2018**, 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.

TAQUARITINGA DO NORTE-PE, 27 de DEZEMBRO de 2018.

OUTORGANTE:

Jose Pedro da Silva Filho
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL
PÃO DE AÇÚCAR - TAQUARITINGA DO NORTE - PE
MARIAPARECIDA DE QUEIROZ - TABELIÃ
JEANNE TAVARES FERREIRA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031323/19

Número do Sinistro: 3190072596

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF: 135.962.654-95

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2018

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA
FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429437/19

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF: 135.962.654-95

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/11/2018

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA
FILHO

CPF de: Próprio

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 PEDRO DA SILVA FILHO : 135.962.654-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072596

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190072596

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672804

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672804

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 341

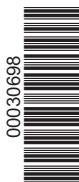
Agência: 000000491

Conta: 0000026909-8

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.



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: 13596265495 Nome completo da vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Nome completo: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO CPF: 13596265495
Profissão: PCC-IME Endereço: RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS Número: 280 Complemento: CASA
Bairro: PAO DE AÇUCAR Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE CEP: 55790-000
E-mail: _____ 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: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0491 CONTA: 26909 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

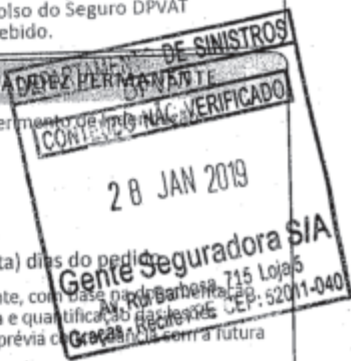
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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 perícia médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE
Nome: 2410119
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

A José Pedro da Silva Filho
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: 13596265495 Nome completo da vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Nome completo: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO CPF: 13596265495
Profissão: PCC-IME Endereço: RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS Número: 280 Complemento: CASA
Bairro: PAO DE AÇUCAR Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE CEP: 55790-000
E-mail: _____ 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: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0491 CONTA: 26909 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

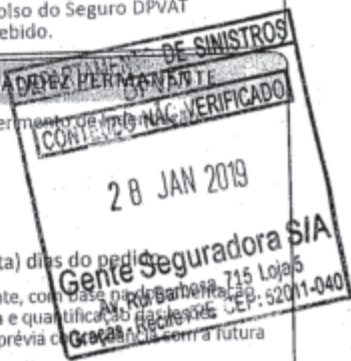
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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 perícia médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE
Nome: 2410119
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

A José Pedro da Silva Filho
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.



500688
0031323/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC
DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/01/2019 às 12:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 25/11/2018 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LUIS DO MOSQUITERO - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ PEDRO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**

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

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERINEIDE BARBOSA DA SILVA** Pai: **JOSÉ PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 280, RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **15/9/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 767, SÍTIO BARRA DE TABOCAS - BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT4683** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **968964974** Chassi: **9C2KC08108R182922**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGC1332** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 25/11/2018, POR VOLTA DAS 16:00HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KFT 4683 PELA ESTRADA DO SÍTIO LAGE NO SENTIDO PÃO DE AÇÚCAR QUANDO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA PGC 1332, CONDUZIDA POR JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM AMBOS OS CONDUTORES, ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA UPDA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO



CAPIBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORAM TRANSFERIDOS PARA O HRA DA CIDADE DE CARUARU, ONDE AMBOS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

Jose Pedro da Silva Filho

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Renato Henrique Mesquita Videres* **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES - Matrícula: 3875342**





500688
0031323/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC
DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/01/2019 às 12:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 25/11/2018 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LUIS DO MOSQUITERO - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ PEDRO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERINEIDE BARBOSA DA SILVA** Pai: **JOSÉ PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 280, RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **15/9/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 767, SÍTIO BARRA DE TABOCAS - BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT4683** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **968964974** Chassi: **9C2KC08108R182922**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGC1332** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 25/11/2018, POR VOLTA DAS 16:00HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KFT 4683 PELA ESTRADA DO SÍTIO LAGE NO SENTIDO PÃO DE AÇÚCAR QUANDO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA PGC 1332, CONDUZIDA POR JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM AMBOS OS CONDUTORES, ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA UPA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO



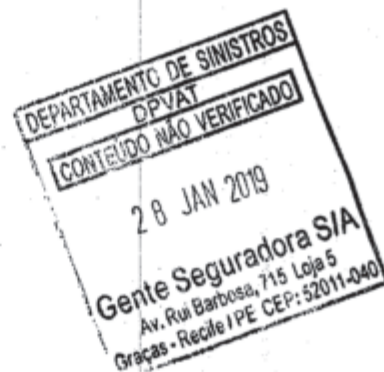
CAPIBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORAM TRANSFERIDOS PARA O HRA DA CIDADE DE CARUARU, ONDE AMBOS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

Jose Pedro da Silva Filho

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Renato Henrique Mesquita Videres* **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES - Matrícula: 3875342**



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: 13596265495 Nome completo da vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

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

Nome completo: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO CPF: 13596265495
Profissão: PCC-IME Endereço: RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS Número: 280 Complemento: CASA
Bairro: PAO DE AÇUCAR Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE CEP: 55790-000
E-mail: _____ 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: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0491 CONTA: 26909 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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 perícia médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
R. R. Barreto, 715 Loja 5
Cidade do Recife - PE CEP: 52011-040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE
Nome: 24/01/19
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

A José Pedro da Silva Filho
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.