

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2015

Carta nº: 8027631

A/C: DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA

Sinistro: 3150791416
Vítima: DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA
Data Acidente: 17/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000032066-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde 23 anos

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Comprovação do ato
declaratório

Data e Hora: 17-05-15 20:23h	Nº Ocorrência:
Nome: Diego Roman Duarte Braz Oliveira	Data Nascimento: 27-09-95
Profissão:	Sexo: M Doc. Ident.:
Fone:	SUS:
End.: Rua Nova mº 142	Flores
Responsável: p próprio	
Tipo de Atendimento:	Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>

Pressão Arterial: 140x80 mmHg	HGT:	Pulso:	Temp.:	Peso:
HISTÓRIA e Exame Físico: Ferimentos Joelhos Esquerdos com Perda de Tecido e Ferimentos Joelhos Direitos há ± 30 minutos, acidente moto.				

M B M
SEGURADORA

09 SET. 2015

Tratamento:	Decodir 4mg > 12h Voltaren 75mg > 12h Sutura para aproximação de borda do Ferimento Joelhos Esquerdos Não foi possível realizá-la Med. N/Cona
-------------	--

Impressão Diagnóstica:	* Ferimentos Boto contidente Joelhos Esquerdos * Ferimentos Joelhos Direitos
------------------------	---

Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital			

Óbito às	horas do dia
----------	--------------

Médico - Carimbo e CRM:

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2015

Carta nº: 7875929

A/C: DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA

Sinistro: 3150791416
Vítima: DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA
Data Acidente: 17/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2015

Carta nº: 7774003

A/C: DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA

Sinistro: 3150791416
Vitima: DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA
Data Acidente: 17/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 179ª Circunscrição - Flores -
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0269000342

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/06/2015 às
09:02

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 17/5/2015 no periodo da Noite**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE FLORES, 1, PE 328 - Bairro:
CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO
AO NOVO MOTEL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR AGENTE)
CLAUDIETE RODRIGUES SIQUEIRA (OUTRO)
~~PAULA CRISTINA RODRIGUES DE QUEIROZ (VITIMA)~~
DIEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
PAULA CRISTINA RODRIGUES DE QUEIROZ

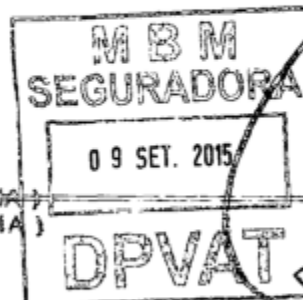
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

PAULA CRISTINA RODRIGUES DE QUEIROZ (presente no plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: MARIA APARECIDA RODRIGUES DE QUEIROZ Pai: JOSE ANTONIO DE
QUEIROZ Data de Nascimento: 30/10/1986 Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 7807804/S02APN (RG), 81306847438 (CPF), 90638714372 (CMR)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Telefones Celulares:
- 0706200243

DIEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: VANIA L E OLIVEIRA BRAZ Pai: JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA Data de
Nascimento: 27/04/1991 Naturalidade: SERRA TALMADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
0000164/S02APN (RG), 60243201417 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Profissão: PROFESSOR(A) Telefones Celulares:
- 0700027473



AUTENTICAÇÃO
Presente Cópia da Reprodução
Fiel do Original Dou Fe. 15/06/2015
Fls. 06-127
Mônica Souza Santos
Mônica Souza Santos



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE FLORES
179ª CIRCUNSCRIÇÃO

NÃO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CLAUDIETE RODRIGUES SIQUEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CLAUDIETE RODRIGUES SIQUEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): PAULA CRISTINA RODRIGUES DE QUEIROZ

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/MX125 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PEE0040 (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: 307600037 Chassi: 062JG00100R014027
Ano Fabricação/Modelo: 21 11/2011 Combustível: ALCO/MAGOL

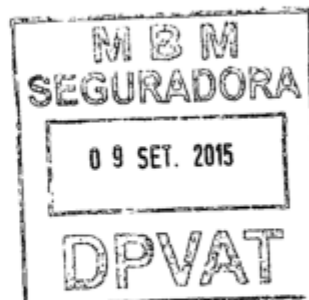
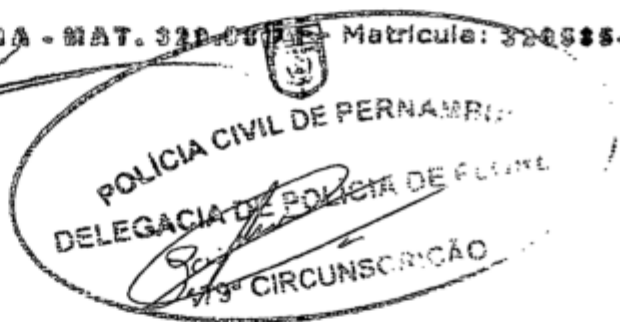
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SRª PAULA CRISTINA DE QUEIROZ, NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA DESLOCAVA-SE DO SÍTIO LAGOMINA COM DESTINO A ESTA CIDADE CONDUZINDO A MOTOCICLETA CITADA NESTE DO LEVANDO COMO PASSAGEIRO O SR. DIEGO RAMON DUARTE BRAS DE OLIVEIRA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO HOTEL EM CONSTRUÇÃO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO DEVIDO O FALTO DA 1ª PERDA MOTOCICLETA TER QUEIMADO ONDE VIERAM A CAIR, ADIANTO QUE DEVIDO AO ACIDENTE OS DOIS OCUPANTES DA MOTOCICLETA FICARAM FERIDOS SENDO A SEREM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL LOCAL PELA PESSOA DE RUA DO FILHO DE LIMA POLICIAL. ADIANTO QUE NA DATA DO ACIDENTE O VEÍCULO ENCONTRAVA-SE EM NOME DA SRª CLAUDIETE RODRIGUES SIQUEIRA.

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

Paula Cristina R. de Queiroz
PAULA CRISTINA RODRIGUES DE QUEIROZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAIR JOSÉ DE LIMA - MAT. 320.0115 Matrícula: 320555-1



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/10/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000032066-9

Nr. da Autenticação A93EEB25FE1C22D5

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150791416 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 17/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO NO JOELHO ESQUERDO COM PERDA DE TECIDO NA FACE ANTERIOR

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME APRESENTA QUELOIDE E RETRAÇÃO CICATRICIAL COM LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: A VITIMA FOI TRATADA POR CURATIVOS E CICATRIZAÇÃO POR 2ª INTENÇÃO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casa de Saúde Dr. José Evoide

CRM do médico: 15940

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

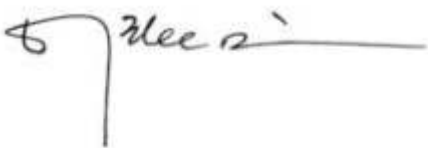
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

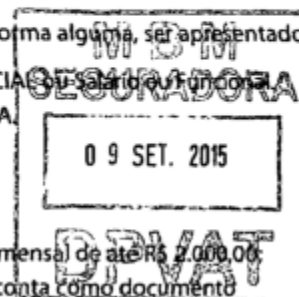
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DYEGO RAMON DUARTE BRAGA DE OLIVEIRA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 8.632.164 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 13/11/2015
 CPF 002432014-17 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO ESTUDANTE
 E RENDA MENSAL DE R\$ sem renda NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DYEGO RAMON DUARTE BRAGA DE OLIVEIRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário ou função;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000.32066-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

FLORIANÓPOLIS-SC de 01 de SETEMBRO de 2015
 LOCAL E DATA

Dyego Ramon Duarte Braga de Oliveira
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

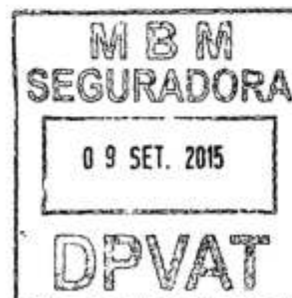
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DV-8

<http://www31.receita.fazenda.gov.br/Darf/MontaSicalcWebDarf.asp>





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

NOME: ANTONIO PEREIRA FILHO

DOC IDENTIFIC. CND (OBRIGATORIO): 2599879 SSP PE

CND: 459.345.084-34

DATA DE NASCIMENTO: 19/02/1965

PLANO: NAO DECLARADO

DATA DO SEQUELAMENTO: N/A

PERMISSÃO: ☐ ACC ☐ CND ☐ AC

VEICULO: 0347195879

PLACA: 1103416252

DATA DE EMISSÃO: 21/07/2005

ORGANIZAÇÃO: A

ASSINATURA: *Antonio Pereira Filho*

LOCAL: BARRA VALADE - PE

DATA DE EMISSÃO: 19/06/2015

31234567890
PE067206437

DETRAN - PE/PERNAMBUCO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1103416252

PROIBIDA PLACIETEM

1103416252





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **452.545.084-34**

Nome da Pessoa Física: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

Data de Nascimento: **19/02/1965**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

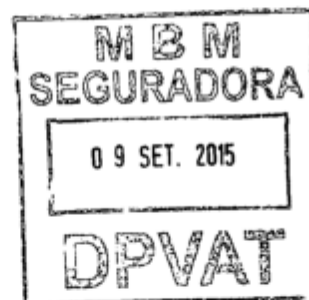
Comprovante emitido às: **14:46:54** do dia **09/09/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **78C3.A6E0.5981.82B7**

~~A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da~~
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

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

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

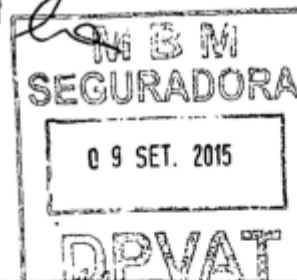
Fundo Municipal de Saúde *23 Amos*
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: <i>17-05-15 20:23h</i>	Nº Ocorrência:
Nome: <i>Diego Roman Duarte Braz Oliveira</i>	Data Nascimento: <i>27-09-95</i>
Profissão:	Sexo: <i>M</i> Doc. Ident.:
Fone:	SUS:
End.: <i>Rua Nova nº 122 Flores</i>	
Responsável: <i>p próprio</i>	
Tipo de Atendimento:	Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>

Pressão Arterial: <i>140x80 mmHg</i>	HGT:	Pulso:	Temp.:	Peso:
stória e Exame Físico: <i>Ferimentos Joelhos Esquerdos com Perda de Tecido e Ferimentos Joelhos Direitos há ± 30 minutos, acidentado moto.</i>				

Tratamento:	<i>Desbridamento > 12.4.15 Voltagem 110V Sutura para aproximação de Bordas do Ferimento Joelhos Esquerdos Não foi possível realizar - Med. R/ Coma.</i>
-------------	--



Impressão Diagnóstica: <i>*Ferimentos contusos Joelhos Esquerdos *Perda de Tecido *Ferimentos Excrustivos Joelhos Direitos</i>	
Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital	
Óbito às	horas do dia

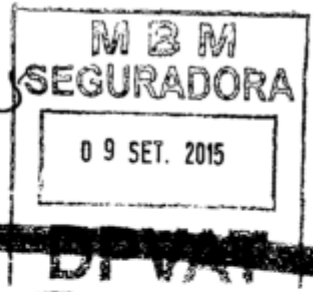
Médico - Carimbo e CRM:

[Assinatura]
CRM: *11111*

LAUS MÉDICO

Paciente Diego Ramon Duarte
Braz, vítima de acidente motocarístico em
17/05/2015, conforme ficha de atendimento
hospitalar anexa, sendo apresentada
ferimento no joelho E, com perda de
tecido, ferimento no joelho D e avulsão,
gra em M.Ts. No momento presente
o examinado apresenta sequelas
do referido acidente, no joelho E,
com presença de coarctação e tecido
avulsão, a dificuldade de locomoção
e aumento da sensibilidade local.

D. laus 31-08-2015





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
092.432.014-17

Nome
DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA

Nascimento
27/09/1991

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.680.164 **13/11/2008**

<< DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA >>

<< JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA >>
<< VANIA OLIVEIRA BRAZ DUARTE >>

SERRA TALHADA - PE **27/09/1991**

<< CN.37391 LABS F.83 CART.SERRA
TALHADA-PE 04.10.1991 >>

092.432.014-17

ASSINATURA DO DIRETOR
LE Nº 116 DE 29/08/83

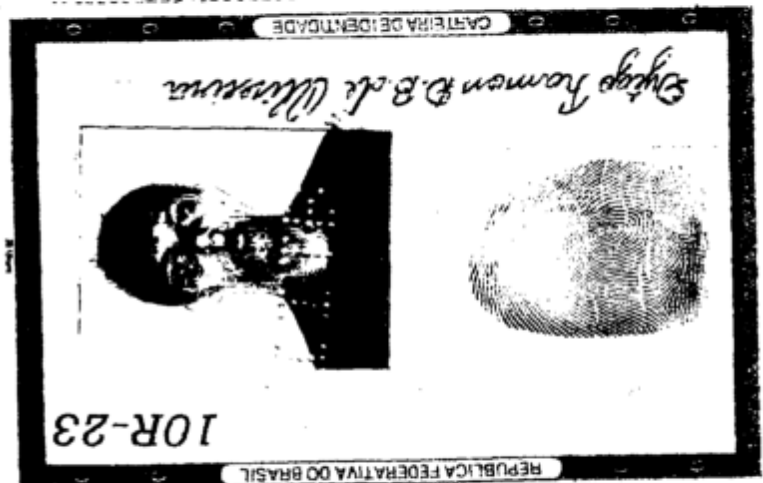
8-01 22.715 - 4331



CÓDIGO DE CONTROLE
42C3.4380.A963.9736

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:27:09 do dia 10/05/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **092.432.014-17**

Nome da Pessoa Física: **DYEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **27/09/1991**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/12/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:29:27** do dia **06/07/2015** (hora e data de Brasília).

~~Código de controle de comprovante: **D9CE DDD8 735B 1729**~~

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

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

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





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CLAUDIETE RODRIGUES SIQUEIRA,
RG nº 7725327, data de expedição 13/09/2014
Órgão SUS-PE, portador do CPF nº 083.604.904-73, com
domicílio na cidade de FLORES, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA - SERGIANO DE SOUZA SANTANA, nº 23,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima DYEGO RAMON DUARTE BRAGA OLIVEIRA cujo o condutor era
PAULA CRISTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/BIZ 125 KS
Ano: 2011 MODELO 2011
Placa: PKE 5240
Chassi: 9C20C4810ER014027
Data do Acidente: 17/05/2015
Local e Data: FLORES-PE 01/09/2015

~~Claudete Rodrigues Siqueira~~
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

~~Paula Cristina R. de Oliveira~~
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

TABELIONATO ÚNICO DE FLORES

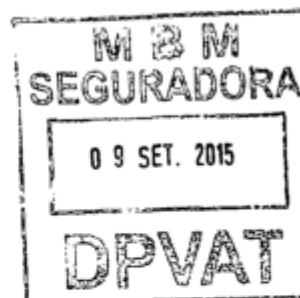
Serviço Notarial, Proteção do Título, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
Rua Antônio Clemente Diniz, 9 - Centro - FLORES/PE - CEP 56600-000 - Fone: (071) 3857-1255

Notário: Proprietário: Sérgio Ferreira - Tabelião de FLORES

Reconheço por AUTENTICIDADE I firma(s) de: (1) CLAUDIETE...
RODRIGUES SIQUEIRA...
Dou fe. FLORES, terça-feira, 1 de setembro de 2015 - 12:26h
Em Testemunho Ruth Gomes da verdade...
RUTH GOMES DE FREITAS FERREIRA - Substituta...
Total: R\$ 3,95 Ao Cartório: R\$ 2,96 -- TSNR: R\$ 0,66 -- FERC: R\$ 0,33 - Total: R\$ 3,95
Selo(s): 0078927.HAB08201502.00205-

Certificado autenticidade em: www.tucf.com.br

Ruth Gomes
Substituta



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO, portador(a) do

RG nº 2999873, expedido por SSP. PE, em

19/10/2015, CPF/CNPJ nº 452.545.084-34,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DIEGO RAMON

DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima DIEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: VIGILANTE Renda Mensal: R\$ 823,00

Documentos comprobatórios: HABILITAÇÃO - CPF - COMP. RESIDÊNCIA - SEM COMPROVAÇÃO DE PROFISSÃO E RENDA

Antonio Pereira Filho
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



FIXO

TELEFONIA NORTE LESTE S/A
CNPJ 08.000.000/0001-00
RUA 13 DE MARÇO, 118 - JARDIM
BOMAS - BRUNO, 486 - BRUNO, 486 -
CENTRO - FLORES-PE
CEP 56850-000

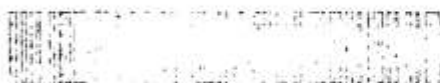


0015

08018100



0305 - CTC REC-PE-PE-PLB
ANTONIO PEREIRA FILHO
RUA CEL MANOEL SANTANA, 56
CENTRO
56850-000 FLORES-PE



72135123200340800000165485327015

Referência

JULHO /2015

Telefone

(67) 3857-1515

Vencimento

25/08/2015

Total a pagar

R\$ 175,31

Resumo da sua fatura



OI FIXO

R\$ 56,29

OI FIXO
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31
SERVICOS DIGITAIS
OUTROS PACOTES E SERVICOS GERAIS

35,30

20,99



OI VELOX

R\$ 39,89

OFERTA VELOX E SERVICOS DE BANDA LARGA
ASSINATURA VELOX
COTAÇÃO + BÔNUS + FEE

39,89



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

R\$ 79,13

LIGACOES FIXO-FIXO
LIGACOES FIXO-MOVEL
SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS
OUTROS VALORES

32,65

12,89

2,17

31,42

A partir de 11 de outubro de 2015, os números celulares dos

11, 21, 33, 71, 73, 74, 75, 77 e 79

serão acrescentado o dígito '9' antes

no formato (DDD) 9xxxx-xxxx.

Para mais informações consulte o site

M B M
SEGURADORA

09 SET. 2015

DPVAT

ANTONIO PEREIRA FILHO

C: 38571815 CJ 0 SU 7

LOCAL 1549 DV 4

34840000001-0 75810024030-2 82013400000-1 7181507-007-8



FATURA Nº 1200072891022

DE DATA 09/08/2015

VALOR A PAGAR R\$ 175,31

CODIGO PARA DEBITO AUTOMATICO: 10120840950



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DIEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA,

RG nº 8.680.164, data de expedição 13/11/2008 Órgão SDS - PE,

CPF nº 092.432.014-17, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

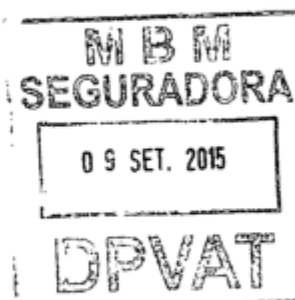
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: ANTONIO MEDEIROS</u>
Número	<u>0003</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>FLORES</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.850-000</u>
Telefone de Contato	<u>(37) 9935-5533 (37) 93997502 (37) 32521815</u>
E-mail	<u>TOINHODEAMELIA@HOTAMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FLORES - PE 15/06/2015

Assinatura do Declarante:

Diego Ramon D.B. de Oliveira



ATENDIMENTO: AVENIDA PRINCEZA IZABEL - NÚM. - 00003 - CENTRO
FLORES PE 56850-000

MARIA H PEREIRA LIMA
R ANTONIO MEDEIROS, N. 0003 - CENTRO FLORES PE 56850-000
INSCRIÇÃO: 054.125.250.0087.000 GRUPO: 12 DEB. AUTOMÁTICO: 9067280

LIGADO POTENCIAL 1

Y12U07260 07/05/2015 06/06/2015 REAL

AGUA:
LEIT ANT: 280 CONSUMO: 14
LEIT ATU: 294
LEIT FAT: 294

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

04/2015 12
03/2015 16
02/2015 17
01/2015 21
12/2014 12
11/2014 14
MEDIA: 15

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	10	14	14
COR APARENTE	10	14	14
CLORO RESIDUAL	10	14	14
COLIF. TOTAIS	10	14	14
	10	14	14

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 32,51 POR UNIDADE	10 M3	32,51
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,73 POR M3	4 M3	14,92

JUROS DE MORA 02/2015 0,55

47,43
42,43

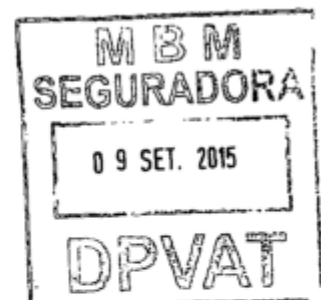
1,65
7,60

0,78
3,60

20/06/2015

47,98

MENSAGEM:





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DYEGO RAMON DUARTE BRAS DE OLIVEIRA portador da carteira de identidade nº 8.680.164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 092.432.014-17 residente e domiciliado na RUA: ANTONIO MEDEIROS Nº 2003 Cidade FLORES Estado PE declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FLORES-PE 15/06/2015

Local e data

