

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2015

Carta n°: 8027631

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.: 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

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 inicio 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 inicio 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,





A circular notary seal with a decorative border. The text 'TÉCNICO DE JUSTIÇA DE FERNANDO' is at the top, 'Selos de Autenticidade' is in the center, and 'e Legalização' is at the bottom. A large, dark, handwritten signature is overlaid on the seal. Below the seal is a rectangular box containing the text 'AUTENTICO' and 'BSB026284'.

**G. VENRO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRICAO - FLORES -
DP179ª CIRC DINTER 2/21º DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 15E0269000342

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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culpa do Consumador que aconteceu no dia 17/5/2015 no periodo da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE FLORES, 4, PE 330 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÉ-
AO NOVO MOTEL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Possível envolvimento no acidente:

NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
CLAUDETE RODRIGUES SIQUEIRA (OUTRO)
PAULA CRISTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA (VITIMA)
DIEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA (VITIMA)

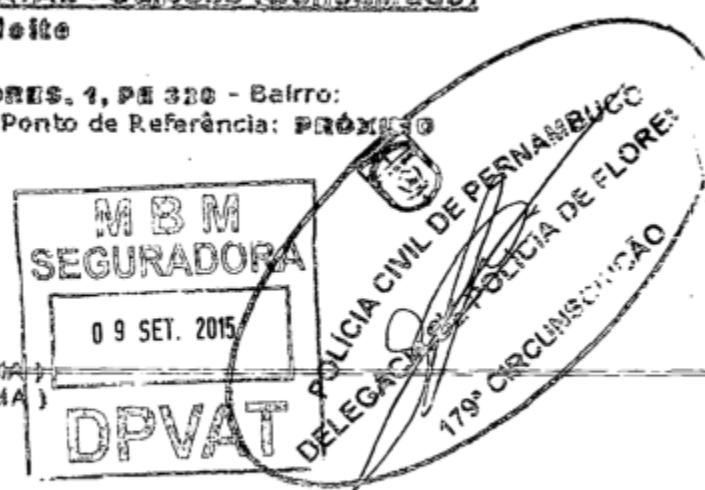
Objetos e entidades na ecologia:

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 Mês: MARIA APARECIDA RODRIGUES DE QUEIROZ Pai: JOSE ANTONIO DE QUEIROZ Data de Nascimento: 20/10/1986 Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7807804/3924PI (RG), 883006817488 (CPF), 88386714372 (CRM) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escaladade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTÔNOMO(A) Telefones Celulares:
- 8786200043

DIEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino M^o. VÂNIA I E OLIVEIRA BRAZ P^ro: **JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: 27/01/1981 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0000104/SBB/PG (RG), 00243201417 (CPP) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: PROFISSIONAL(A) Telefones Celulares: - 07990837473



наш новый (или прошлый) партнер. - Sexo: **Homem** Натуральность: **НДО**
Информация / Регистрация / **БРАЗИЛИЯ**

CLAUDIA TE ROBBIOUDES SIQUEIRA (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: MÁDIA INFORMARO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CLAUDIETE RODRIGUES SIQUEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): PAULA CRISTINA RODRIGUES DE QUEIROZ
Categoria/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/125 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PEG0046 (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: 3078000087 Chassi: 062JG4810BR914827
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2019 Combustível: ÁLCOOL

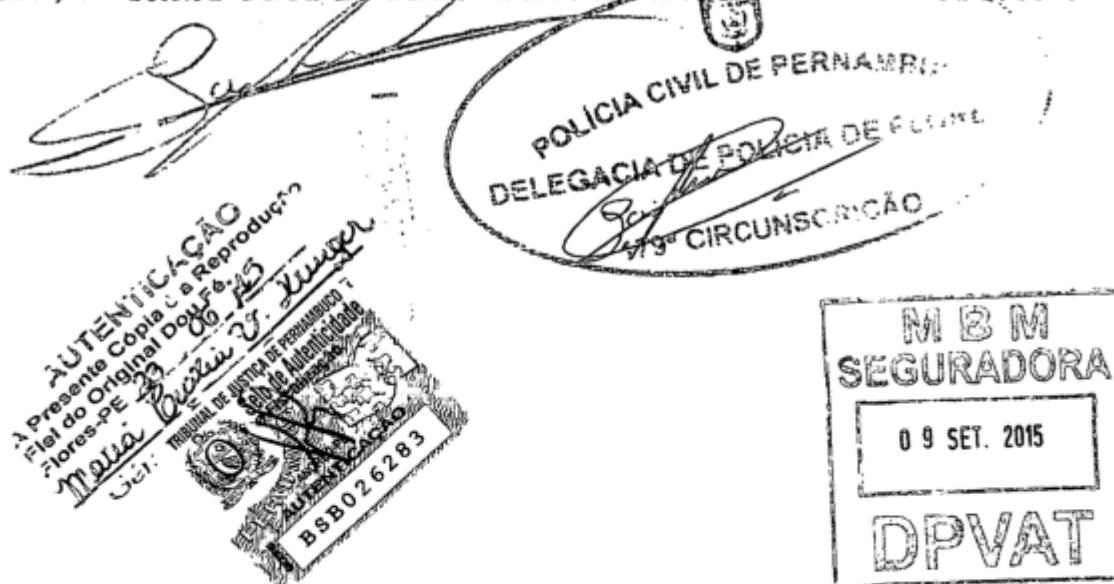
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SR^ª PAULA CRISTINA DE QUEIROZ, NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA DESLOCAVA-SE DO SITIO LAGOMA COM DESTINO A ESSA CIDADE CONDUINDO A MOTOCICLETA CITADA NESTE BO LEVANDO COMO PассAGEIRO O SR. DIEGO RAMON DUARTE BRAZ DE OLIVEIRA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO MOTEL EM CONSTRUÇÃO PERDEU O CONTROLE DO VÉHICULO DEVIDO O FAROL DA 1^ª PERÍDA MOTOCICLETA TER QUEIMADO ONDE VIERAM A CAIR. ADIANTO QUE DEVIDO AO ACIDENTE OS DOIS OCUPANTES DA MOTOCICLETA FICARAM PERDIDOS VINDO A SEREM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL LOCAL PELA PESSOA DE NAGO DE FILHO DE LIMA POLICIAL. ADIANTO QUE NA DATA DO ACIDENTE O VÉHICULO ENCONTRAVA-SE EM NOME DA SR^ª CLAUDIA RODRIGUES SIQUEIRA.

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

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

B.O. registrado por: JAIRO JOSÉ DE LIMA - MAT. 328-000001 - Matrícula: 328-000001



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 **Data do acidente:** 17/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
OLIVEIRA

PARECER

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

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

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

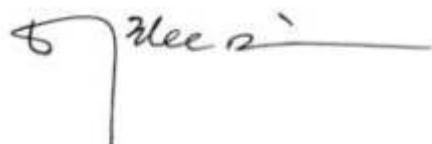
ACE Gestão de Saúde Ltda.

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

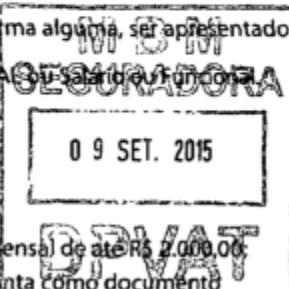
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DIEGO RAMOS DUARTE BRAGA DE OLIVEIRA,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.632.164 EXPEDIDO POR SDS - PE EM 13/11/2020
 CPF 002432014-17 /CNPJ 000000000000000000, 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 DIEGO RAMOS 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/Funções;
- 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 Lotéricas 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) 0214 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00032066-9

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

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



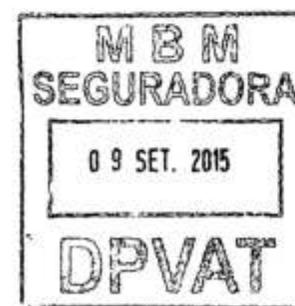
ATENÇÃO

- 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.



DU-8

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







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**

Dígito Verificador: **00**

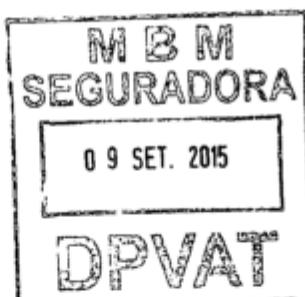
Comprovante emitido às: **14:46:54** do dia **09/09/2015** (hora e data de Brasília).

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

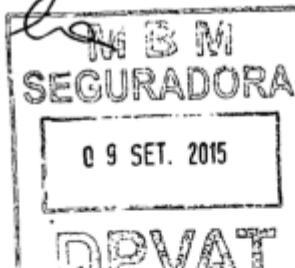
Fundo Municipal de Saúde 23/09/2015
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora:	17-05-15	20:23hs	Nº Ocorrência:
Nome:	Diego Roman Direito Braga Oliveira		Data Nascimento: 27-09-95
Profissão:		Sexo: M	Doc. Ident.:
Fone:	SUS:		
End.:	Rua Mola, n° 162 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: Ferimento joelhos Enquanto com Perda de Tecido e Ferimento joelhos Direito há +30 minutos, acidente moto.					

Tratamento:	Decodrag 4mg x 12m Voltaren 75mg x 12m Sutura nojo Sgnosimatos de bordo do Ferimento joelhos Esquerdos N foi Possível realizar - med. PR Cane.
-------------	---



DPVAT

Impressão Diagnóstica:	Ferimento forte contundente joelhos Esquerdo Perda de Tecido Ferimento Escoriativo joelhos Direito
------------------------	--

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

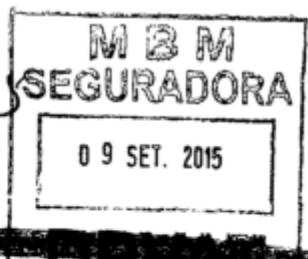
Médico - Carimbo e CRM:	
-------------------------	--

SAÚDE
Unidade Integrada de Saúde

Nascer atóxico

Paciente Diego Pramour. Durante
Bras, vítima de acidente circulatório em
17/05/2015, compareceu filha de atendimento
hospitalar acima, donde operação
deverá ser feita no, com proceder de
decido, fevereiro no jardim D e encontra-
do em MTS. No momento presente
o procedimento a preverá grávidas
do referido acidente, no jardim E,
com proceder de celeiro de 1 fevereiro
decido, c/ dificuldade de locomoção
e ameaça de lesão da bala oral.

Até dia 31-08-2015



José Nominando Diniz Júnior (Dr. Dedé)
Clínico Geral
CREMEPE 17697 - CRM PB 2745 - CPF: 251.560.124-34



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 L.A83 F.83 CART.SERRA	
TALHADA-PE 04.10.1991 >>	
092.432.014-17	
ASSINATURA DO DIRETOR LEI N° 116 DE 29/08/83	
F-01 22.715 - 4301	



DPVAT



digito verificador: 00

as 122709 do dia 10/05/2012 horas e 00 min de Brasília

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante emitido pela

www.receita.fazenda.gov.br

A autenticidade desse comprovante deve ser

verificada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

42C34380.A963.9756

CÓDIGO DE CONTROLE



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**

Dígito Verificador: **00**

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

~~Código de controle do 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 772.532-7, data de expedição 13/09/2004
Órgão SUS-PE, portador do CPF nº 083.624.924-73, com
domicílio na cidade de Flores, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA - SERASTIÃO 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 DYECORAMON DURANTE BRIZ DE OLIVEIRA cujo o condutor era
PAULA CRISTINA RODRIGUES DE QUEIROZ

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA / BIZ 125 KS
Ano: 2011 / Modelo 2011
Placa: PCE 5040
Chassi: 9C20C4810ER014027
Data do Acidente: 17/05/2015
Local e Data: Flores - PE 01/09/2015

X Claudieta Rodrigues Siqueira

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

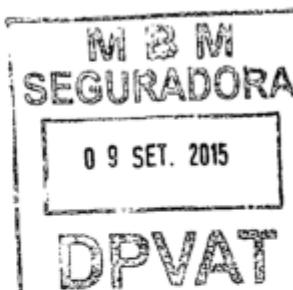
Paula Cristina R. de Queiroz

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

TABELIONATO ÚNICO DE FLORES
Serviço Notarial, Protocolo de Títulos, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Pessoas Jurídicas
Rua Antônio Clemente Dutz, 9 - Centro - Flores/PE - CEP 56850-000 - Fone: (87) 3857-1255

Reconheço por AUTENTICIDADE I VÍTIMA(s) de: (1) CLAUDIETE....
RODRIGUES SIQUEIRA.....
Dou fe. FLORES terça-feira, 1 de setembro de 2015 - 12:26h
Em Testemunho BUTHE GOMES da verdade.....
RUTE GOMES DE FREITAS FERREIRA - Substituta.....
Total: 3,95 Ao Cartorio: R\$ 2,96 - TSNR: R\$ 0,66 - FERD: R\$ 0,33 - Total: R\$ 3,95.....
Selo(s): 0076927.HAB022V1502.00209.....
*Ricardo G. de F. Ferreira
Substituto*

Certidão cotejada em: www.tabelionatoflores.com.br





-0030-

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 direta, capitalização e resseguro.

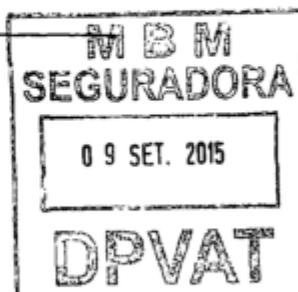
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO, portador(a) do RG nº 2999873, expedido por SSP. PE, em 19/06/2015, 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

Antônio Pereira Filho
 ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DIEGO RAMON DURANTE BRAZ DE OLIVEIRA,

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

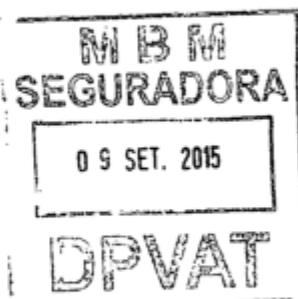
CPF nº 092.432.014-17, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: ANTONIO MEDEIROS</u>
Número	<u>000.3</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>(81) 9935-5533 / (81) 9809-7509 / (81) 3857-1815</u>
E-mail	<u>TAINHODERMELIA@HOTMAIL.COM.BR</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante:



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

9867280 Mai/2015
MARIA H PEREIRA LIMA
R ANTONIO NEGREIROS, N. 0003 - CENTRO FLORES PE 56850-000
INSCRIÇÃO: 056.125.250.0087.000 GRUPO: 12 DEB. AUTOMATICO: 9867280

LIGADO POTENCIAL 1

Y12U007260 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	NUHERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. HS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIM. A LEGIS
TURBIDEZ	10	14	14
COR APARENTE	10	14	14
CLORO RESIDUAL	10	14	14
COLIF. TOTAIS	10	14	14
CLORO	10	14	14

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES SANITARIAS DA AGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVICOS CONSUMO TOTAL(R\$)
AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - R\$ 32,51 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,73 POR M3

10 M3 32,51
4 M3 14,92

JUROS DE MORA 02/2015 0,55

MENSAGEM:

47,43 1,65 0,78
47,43 7,60 3,60
20/06/2015 47,98





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DIEGO RAMON DUARTE BRAZ 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 N° 2203, Cidade Flóres, 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:

- (X) Não ha estabelecimento do IML no municipio da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Municipio em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Municipio 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

Flóres - PE 15/06/2015

Local e data

