

---

**Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200159216**

**Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES**

**Data do Acidente: 01/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

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

**Senhor(a), HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES**

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 Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159216

Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

Data do Acidente: 01/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
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

Recebedor: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001112-6

Conta: 0000015009-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.765.344-12 4 - Nome completo da vítima: Haroldo Fabricio Siqueira Soares

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

5 - Nome completo: Haroldo Fabricio Siqueira Soares 6 - CPF: 039.765.344-12  
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: AG 08 - Bloco 03 - Limão Branco 9 - Número: 560 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Petrolândia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56460-002  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (87) 9634-4907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 1112 6 CONTA: 15.009 6  
(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Serra Talhada 22.04.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLÂNDIA - DP186ªCIRC  
DINTER2/22ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0276000367

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/04/2020 às 15:55

Complemento do Boletim Número: 18E0276000005

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Corpuso (Consumado)** que aconteceu no dia 1/8/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, AGROVILA 4 LIMÃO BRAVO**  
Bairro: **CENTRO PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA - AUTOR/AGENTE,  
DAMIÃO CORDEIRO FILHO (OUTRO),  
HAROLDO FABRÍCIO SIQUEIRA SOARES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (veículo no contexto da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): HAROLDO FABRÍCIO SIQUEIRA SOARES

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

**NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo Desconhecido Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**HAROLDO FABRÍCIO SIQUEIRA SOARES (presente ao plantão) - Sexo Masculino Mãe EDILEUZA SIQUEIRA SOARES Pai JOSE AROLD SOARES Data de Nascimento 13/10/1981 Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, AGROVILA 8 LIMÃO BRAVO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DAMIÃO CORDEIRO FILHO (não presente ao plantão) - Sexo Masculino Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DAMIÃO CORDEIRO FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HAROLDO FABRÍCIO SIQUEIRA SOARES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OYL6787** - Polícia Civil de Pernambuco - Petrolândia - Renavam: **012429387** - Chassi: **9C2JC4110ER719444**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**


Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE, QUANDO TRAFEGANDO NA CITADA VIA, CONDUZINDO A MOTOCICLETA, APÓS UMA FECHADA DE OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR NA ESTRADA E SOFRER LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA. FICA REGISTRADO PARA OS DEVIDOS FINS.

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

*Haroldo Fabricio Siqueira Soares*  
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES  
(VITIMA)

B.O. registrado por ADILSON ALVES QUENTE DE OLIVEIRA Matrícula: 320629-7

 Adilson Alves Q de Oliveira  
Comissário Esp. de Polícia  
Mat.: 320.629-7





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLÂNDIA -**  
**DE 186ª CIRC DINTER 2/22ª DESEC**

**ROLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0276000005**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/01/2018 às  
**16:45**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumador)**  
 que aconteceu no dia 20/01/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, AGROVILA 4**  
**LIMÃO BRAVO - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**NÃO SE APLICA (AUTOR (AGENTE))**  
**DAMIÃO CORDEIRO FILHO (OUTRO)**  
**HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (VITIMA)**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEÍCULO, (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a)**  
**HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES**

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s):**

**NÃO SE APLICA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO**  
**INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (presente no plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: FOLFEIRA SIQUEIRA SOARES Pai: JOSE ADELINO SOARES Data de**  
**Nascimento: 10/10/1951 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, AGROVILA 4 LIMÃO BRAVO - CEP:**  
**44000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s):**

**VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DAMIÃO CORDEIRO FILHO, que estava**  
**em posse do(a) Sr(a): HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES**

Classificação do veículo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **REO**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **UTL 0787** (PERNAMBUCO PE TOLÂNDIA) Renavam: **012429387** Chassi:  
**002304110K710444**

Ano fabrica/veículo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

### Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE, QUANDO TRAFEGANDO NA CILADA VIA, CONDUZINDO A MOTOCICLETA, APÓS UMA FECHADA DE OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR NA ESTRADA E SOFRER LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA. FICA REGISTRADO PARA OS DEVIDOS FINS.

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

*Harald Fabricio Siqueira Soares*  
HARALDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES  
(VÍTIMA)

P.O. registrado por: **ADILSON ALVES RIBEIRO DE OLIVEIRA** - Matrícula:  
**020020-7**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL: 039.766.344-12 3 - CPF da vítima: 039.765.344-12 4 - Nome completo da vítima: Haroldo Fabricio Siqueira Soares

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

5 - Nome completo: Haroldo Fabricio Siqueira Soares 6 - CPF: 039.765.344-12

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Av. 08 - Bloco 03 - Limão Branco 9 - Número: 660 10 - Complemento: Caba

11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Petrolândia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56460-000

15 - E-mail: (11) 9634-4907 16 - Tel. (DDD): (11) 9634-4907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bras

AGÊNCIA: 112 6 CONTA: 15.009 6  
(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Serra Talhada 22.04.2020

Haroldo Fabricio Siqueira Soares

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ramon de Menezes  
Silva Bonaiconce

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



# 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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01112-6

CONTA: 000000015009-6

---

Nr. da Autenticação 3AE720606EF7AAD6



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, Brs. Vista, Recife - PE CEP 51250-202  
CNPJ 19.815.932/0001-08 | Insc. Est. 0105343-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

HAROLDO FABRÍCIO SIQUEIRA SOARES  
AGROVILA 08 BLOCO 03 CASA 40

CPF 039 765 344-12

**CLASSIFICAÇÃO**

B2 RURAL  
AGROPECUÁRIA RURAL  
Trifásica

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

AG 08 - BLOCO 03 - LÍMÃO BRAVO 563  
PETROLÂNDIA - RURAL

PETROLÂNDIA - RURAL/PETROLÂNDIA RU  
PETROLÂNDIA PE  
56400-000

Nº DE CONTADOR	SEDE	ENDEREÇO
103882681	UNICA	13/04/2020
27485685	27485685	27485685
13/04/2020	2002485685	3485128

CONTA CONTINUA	PERÍODO
4007065350	04/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
13/04/2020	13/05/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	131,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MWh)-TUSD	215,000000	0,32306141	70,75
Consumo Ativo(MWh)-TE	215,000000	0,27678576	59,50
ICMS Subvenção-CDE-NF 36243372-13/01/20			0,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 68246632-10/02/20			0,79

TOTAL DA FATURA 131,88

DESCRIÇÃO DE CONTAS E CANCELAMENTO DA NOTA FISCAL								
RF DO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	RF DE	CONSTANTE	AJUSTE
310181374	CAT	11/03/2020	11 038 000	13/04/2020	11 340 000	33	1,0000	
310181374	LRT	11/03/2020	7 438 000	13/04/2020	7 450 000	33	1,0000	

RESUMO DE CONSUMO		DECOMPOSIÇÃO DE TENDÊNCIA		COMPOSIÇÃO CONSUMO	
Mês/MWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
ABR 20 215		ICMS	19,25	25,50	32,39
MAR 20 183		PIS	130,35	1,10	1,43
FEV 20 188		CORFIS	130,35	4,88	6,40
JAN 20 188					
DEZ 19 280					
NOV 19 234					
OUT 19 185					
SET 19 180					
AGO 19 112					
Jul 19 120					
Jun 19 393					
Mai 19 294					
ABR 19 369					

Consumo Ativo(MWh)-TUSD	0,32306141
Consumo Ativo(MWh)-TE	0,27678576

4364 3480 E11B 3603 704B C9F8 BE4B AFAG

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no prazo de 30 dias após a emissão desta nota fiscal. Se não for pago, a dívida será inscrita em dívida ativa e cobrada com juros e multa. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso desta nota fiscal. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso desta nota fiscal.

As condições gerais de fornecimento estão disponíveis no site www.celpe.com.br ou no telefone 0800 011 1111.





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-602  
CNPJ 10.635.632/0001-58 | Ins. Est. 0059943-93 | [www.celepe.com.br](http://www.celepe.com.br)

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

CPF 368 710 364-15

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

074938430	UNICA	26/08/2018
28/08/2018	2000138288	3872821

IPSEP/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56912-130

56912-130

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abico(Mmh)			
Acréscimo Bandeira AMARELA	118,0000000	0,77545172	92,27
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,48
Contrib. Ium. Pública Municipal			5,44
ICMS Subvenção-CDE-NF 087383544 - 25/08/18			4,83
Multa por atraso-NF 087383544 - 25/08/18			0,82
Juros por atraso-NF 087383544 - 25/08/18			1,82
Atualização IGP-M-NF 087383544 - 25/08/18			0,88
PRO-CRANÇ.A (081)3412-8880 0800 031 8880			0,80
			0,88

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (SWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3010218218	CAT	25-07-2018	19 018,00	26-08-2018	19 138,00	31	1,00000		119,00

[illegible]

045A E58E 8273 8E88 8EE0 D013 E884 8861

[illegible]

ATENÇÃO: A BOMBE INFERIOR QUE VOCÊ POSSUI CONTÉM INFLAMMANTO

Valor	Orçamento	Valor	Valor
21.0518	25.0518	108.30	21.0518

[illegible]

DESC	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	
					LIMITE DE VIBRAÇÃO (V)	LIMITE
PS	0,00	5,43	16,29	21,73	220	202
DBAC	0,30	3,30	9,90	13,20		231
	0,00	3,11	0,00	0,00		

Limite DCRE = 2,22

BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 36,50

CONTA CONTRATO 2278078019 06/2019 DATA DE VENCIMENTO 02/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 28,50

CONTA CONTRATO 2278078019 MÊS/ANO 08/2019 DATA DE VENCIMENTO 02/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 108,00



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89** | **SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06** | **Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744, 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Haroldo Fabricio Siqueira Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.765.344-12,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Haroldo Fabricio Siqueira Soares

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.765.344, 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Desenho Renda: Desenho e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Francisco Olayo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>PRSEP</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56912-130</u>	Tel.(DDD):

Local e Data:

Serra Talhada 24.04.2020

Rosana de Menezes Silva Cavalcante  
Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE PETROLÂNDIA  
HOMUPE - Dr. Francisco Simões de Lima  
Av. Djalma Wanderley, s/n - Petrolândia - Pernambuco  
CEP: 56460-000 - Fone: (87) 3851.2262/1192 - CNPJ: 03.737.238/0001-83

5225133  
**SERVIÇO DE PRONTO  
ATENDIMENTO**

Haroldo Fabricio S. Soares

140203735

Dni: 33/30/1984

R. de AG. 08 Ju. 03

Mãe: R. L. L. Soares Siqueira Soares

Data: 08/08/17

### DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

#### ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

#### ☐ AGRESSÃO

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

#### ☐ ACIDENTE DE TRABALHO

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

#### ☐ AUTO-AGRESSÃO / SUICÍDIO

POR Arma de Fogo ☐ Enforcamento ☐ Drogas ☐ Queda de Nivel ☐ Outro ☐ Ignorado ☐  
Arma Branca ☐ Veneno ☐ Etilismo ☐

#### ☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

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

#### ☐ LOCAL DE OCORRÊNCIA

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

### ATENDIMENTO

Queixa Principal - Motivo

Paciente vítima de queda de  
moto por + 16m. Refusou dor ao nível  
da clavícula esquerda. Glasgow 15

Exame Físico

PESO

TEMP.

PA

FR

Solicitado: Rx da clavícula esquerda OK

- Typóia.

- Eucamiciado pl. Sina Tofkasa

Diagnóstico Inicial

Artrite de urato

Diagnóstico Definitivo

Hora e Data da Alta

Médico - Assinatura - Carimbo

12/4/25

Faturamento - SIA - SUS

Proced.

Esp.

Idade





**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AAB - Serra Talhada - PE  
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110  
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com.

**CLÍNICA**Número do Registro: 38367Data: 01/08/17**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Harald Fabiano Liqueira Soares  
Idade: 35 Sexo: Masc. Cor: Parda Estado Civil: Casado  
Profissão: Motorista Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: Brasil

**Endereço:**

Rua: R. João Cipriano Pereira N.º: 269 Bairro: Centro  
Idade: Itaembé Estado: PE Fone: 96461183

**Filiação:**

Pai: Jose Harold Soares  
Mãe: Edileuza Liqueira Soares

**ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

*Fratura de clavícula*

Hipótese Diagnóstica: Fratura de clavícula

Exames Solicitados: RX

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM 03/08/17



Cirurgia Realizada: <i>Int. de Clavícula</i>		N.º	
Data: <i>02/08/17</i>	Início:	Término:	
Cirurgião: <i>Glenn</i>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista: <i>[Signature]</i>

*Int. de*  
*Int. de*  
*Int. de*  
*Int. de*  
*Int. de*

Dr. Ederlane A. Silva  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 15.122  
 CPF: 882.723.544-20



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1221662851



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

NOME  
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
5087000 SSP PE

CPF  
039.765.344-12

DATA NASCIMENTO  
13/10/1981

FILIAÇÃO  
JOSE AROLDO SOARES

EDILEUZA SIQUEIRA  
SOARES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB  
AD

Nº REGISTRO  
01847587492

VALIDADE  
15/02/2021

1ª HABILITAÇÃO  
08/06/2001

OBSERVAÇÕES  
sem observações

*Haroldo Fabricio Siqueira Soares*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO  
16/02/2016

*[Assinatura]*

ASSINATURA DO EMISSOR

11015586384  
PE071308121

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1221662851



THOMAS CHES & SONS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CAMBIO NACIONAL DE PERMITESSOES

PE

NOME  
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
6870803 SDH PE

CNPJ  
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO  
19/08/1983

PLACAO  
ARCENIO PEREIRA DA SILVA  
A  
MARIA JOSE DE MENEZES  
SILVA

PERMISSAO  
ACC  
CAT. HAB  
AD

Nº REGISTRO  
04935894409

VALIDADE  
08/01/2025

1ª HABILITACAO  
06/05/2010

OBSERVAÇÕES  
A

Assinatura do Portador  
Rosana de M. S. Cavalcante

LOCAL  
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSAO  
09/01/2020

Assinatura do Emissor  
Roberto Carlos Ferreira  
Diretor Presidente

PERNAMBUCO

DEMATRAN  
CONTRAN

96541934980  
PE096975440

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1933955697

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1933955697



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PE Nº 014801845114  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1012425397 R.N.T.R.C. 4444444444 EXERCÍCIO 2019

HAROLDO ENRIQUE SOUTEIRA SOARES

PETROLANDIN-EX

CPF/CNPJ 039.765.344-12 PLACA 0YH-707

PLACA ANT. UF \*\*\*\*\*/PE CHASSI 9023011080179444

PAS /MOTOCICLETA ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

HONDA/CG 125 EMB MS MARCA/MODELO ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

2P/124CL CAP/POT. CL. CATEGORIA 2000 COR PREDOMINANTE VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA		VENO. COTA ÚNICA		VENO. COTAS	
	IPVA 2019	QUITANDO	1º	2º	3º	
1	FAIXA I PVA	* PAPERAMENTO, COTAS				

PRÊMIO TAR. PARO (R\$) 80.11 ICF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 80.43 DATA DE PAGAMENTO 04/12/19

SEM RESERVA

LOCAL 10/02/19

ROBERTO LUIZ DE SOUZA PONTES

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

PE Nº 014801845114 BILHETE DE SEGURO DPVAT

156460-000

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

VIA 1 RENAVAM 1012425397 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 10/02/19

CPF/CNPJ 039.765.344-12 PLACA 0YH-707

RENDA 1012425397 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 EMB MS

ANO FAB. 2011 POT. TANT. 12.000 W CHASSI 9023011080179444

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 56.05 DENATRAN (R\$) 4.04 CUSTO DO SEGURO (R\$) 10.00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 1.52 CUSTO TOTAL DO SEGURO (R\$) 14.54

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 04/02/19

COTA ÚNICA

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200159216 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES **Data do acidente:** 01/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 05/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200159216 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES **Data do acidente:** 01/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 04/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 4/5

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



## Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Haroldo Fabricio Sigueres Soares

portador(a) do documento de identidade nº 5087000, expedido por SSP-PE, em

17/02/2000 inscrito no CPF sob o nº 039 765.344-12, residente na

Agrícola 08 Bloco 03 Limão Brejo, nº 40

complemento Projeto ico-manda, Bairro Zona Rural, cidade \_\_\_\_\_

Petrolandia Estado Pl

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29 / 05 / 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na


Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade \_\_\_\_\_

Serra Talhada \_\_\_\_\_, Estado PE

**Amplios poderes** para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.

Petrolândia 22 de Abril de 2020.

Outorgante:  Haroldo Fabricio Sigueres Sours

