

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 013934240673
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13
CHASSI	390697605	DATA	24/02/13

ALVENIR CORDEIRO DE MORAIS SILVA
CACHOEIRINHA - PE
076.402.974-50
PLACA ANT. SUP.
390697605

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 JAN 2013
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.065-010
RECIFE-PE

PE Nº 013934240673 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
ALVENIR CORDEIRO DE MORAIS SILVA
SSJEG-000
CACHOEIRINHA - PE
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

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

CHASSI	390697605	DATA	24/02/13
PLACA	076.402.974-50	DATA	24/02/13

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190073337 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA EM TERÇO MÉDIO DA FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO + BLOW OUT À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FACE:REDUÇÃO E PLACAS); DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LESÃO RESIDUAL EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190073337 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA EM TERÇO MÉDIO DA FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO + BLOW OUT À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FACE:REDUÇÃO E PLACAS); DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LESÃO RESIDUAL EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Documentos

complementares:

Observações:

DANOS

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

Procuração

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

1. Outorgante Rafael José Amilson da Silva

portador(s) do documento de identidade nº 9.568.548 expedido por SDS PE em

04.09.2012 inscrito no CPF sob o nº 123.028.944 56 residente na

Sítio Caldeirão de Lima nº 340

complemento caso Bairro Barbal cidade

Cachoeirinha Estado PE

2. Outorgado Genival Alves de Almeida

portador(s) do documento de identidade nº 6257060 expedido por SSP PE em

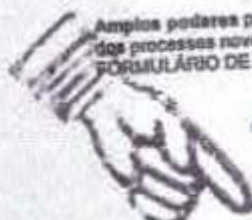
07.11.98 inscrito no CPF sob o nº 983 756 10410 residente na

Rua José Pedro da Silva nº 81

complemento caso Bairro Centro cidade

Cachoeirinha Estado PE

Amplas 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.



Cachoeirinha 16 de 11 de 2018

Outorgante Rafael José Amilson da Silva



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA

Tabela: VERA LÚCIA VALENÇA NELO E SILVA / SIRENIA: DRA LUCIA SANTOS VALENÇA DE MELO TELICURTO

6, Rua Valença de Melo, 15 - Centro - CEP 55300-000 - Cachoeirinha - PE - Fone: (071) 3733-1121 - e-mail: unicooficio@cartoriope.com.br

Atestamos por Autenticidade a firma de RAFAEL JOSÉ AMILSON DA SILVA, do M. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 16/11/2018 09:32:52. Solo(s) 0076455.00E09201803.02460, Consultar autenticidade em www.tjpe.jus.br/selojudicial. E-mail: RA 3,39 - TE 0,80 - FISC: RA 0,40 Vera Lucia Valença Nelo e Silva - Tabelão

VALIDADE: 01/11/2019

2018



5.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 173, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031672/19

Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

CPF: 123.028.944-56

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA : 983.756.104-10

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

RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA : 123.028.944-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/01/2019
Nome: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA
CPF: 983.756.104-10

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190073337

Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190073337

Vítima: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000006991-4

Conta: 000000002832-0

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.

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 923.098.944-56 Nome completo da vítima: Rafael José Amilson da Silva

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

Nome completo: Rafael José Amilson da Silva CPF: 923.098.944-56

Profissão: Recebeu Endereço: Sítio Colúmbio do Riacho Número: 340 Complemento: _____

Bairro: Rural Cidade: Cochoeirinha Estado: PE CEP: 55.380-000

E-mail: _____ Tel (DDD): 0819 8254 0955

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 6991 4 CONTA: 0002832 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Cochoeirinha, 20/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Rafael José Amilson da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

05.802.494/0001-41
ASSINATURA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rafael Augusto, Nº 175, SL 902 BL-E
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 20/12/2018 Term. 051907 H. Trans: 10:20
Hora: 10:20

Valor: 20,00

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 6891 / CACHOEIRINHA

Conta: 0002632-0

Titular 1: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, St. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0199000630**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/12/2018** às
08:37

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 1, SÍTIO
GRAINHAS - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ALDENICE CORDEIRO DE MORAIS SILVA (OUTRO)
RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:
IVONETE DOS SANTOS SILVA Pai: **JOSE AELSON DA SILVA** Data de Nascimento: **2/4/1996**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **4ª, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 146, SÍTIO CALDEIRÃO DE CIMA -**
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ALDENICE CORDEIRO DE MORAIS SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em

posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objetoapreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)****VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ALDENICE CORDEIRO DE MORAIS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PFBE117** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC4E20BR912244**Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011****Complemento / Observação**

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. RAFAEL JOSE, NOTICIANDO, DE QUE ESTAVA GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA NO SÍTIO JÁ CITADO, QUANDO SURTIU DE REPENTE OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA E COR NÃO ANOTADA COLIDIU COM O MESMO E FOI AO SOLO CAINDO DESACORDADO, O OUTRO EVADIU-SE DO LOCAL POR ISSO NÃO VIU OUTRA MOTOCICLETA, O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL LOCAL EM SEGUIDA PARA O H.R., EM RECIFE, O MESMO TEVE UM T.C.E., NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial*X Rafael Jose Anilson da Silva***RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA
(VITIMA)**B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **153768-5****05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA****28 JAN 2019****Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	123 028 944 56	Rafael José Amilson da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Rafael José Amilson da Silva	123 028 944 56	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recebeu	Sócio padroeiro de igreja	340
Bairro:	Cidade:	Estado:
Alfai	Caruaru	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55.380 000	0819 8254 0255

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:
(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6991 4 CONTA: 000 2832 0
(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se assinante)
 Local e Data: Caruaru, 20/01/19
 Nome:
 CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Rafael José Amilson da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
 CPF:
 05.802.494/0001-41
 ABRACOR CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 2ª | Nome:
 CPF:
 28 JAN 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

RECIFE-PE

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06991-4

CONTA: 000000002832-0

Nr. Autenticação

BRADESCO0602201905000000000023706991000000002832135000 PAGO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria: 0800 282 5599
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE IVONETE DOS SANTOS SILVA CPF: 749.714.604-06	DATA DE VENCIMENTO 08/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 28/12/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 28/12/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 044840249	CONTA CONTRATO 001528292026 Nº DO CLIENTE 2880830577 Nº DA INSTALAÇÃO 0000613459
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI CALDEIRA DO CIMA 348 SÍTIO CALDEIRA DO CIMA/CACHOEIRINHA RURAL 55380-008 CACHOEIRINHA PE	RESERVADO AO FISCO 1BB6.8819.C5F7.14AA.BE76.D7D0.1537.C1F4		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cebrasa.com.br			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	44,00	0,73675354	32,50					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,00					
Contrito. Ilum. Pública Municipal			1,38					
ICMS Subvenção-CDE-NF 037309927-26/10/18			0,18					
Multa por atraso-NF 041046609 - 27/11/18			0,83					
Juros por atraso-NF 041046609 - 27/11/18			0,04					
Atualização IGPM-NF 041046609 - 27/11/18			0,03					
TOTAL DA FATURA			35,19					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS						
COPINS								
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
32,50	35,00	6,13	32,50	0,79	0,25	32,50	3,61	1,17

Valor	On Rate	Valor		
348718	27/07/18	20,98		

Em até 15 dias, débitos existentes caubarão corte.
 Caso comunicado NÃO substitui o envio de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento gerada por débitos não seja satisfeita, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme as condições definidas no Art. 99 RER 444/Amaz. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de inadimplência SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo(kWh)	6,52158000			kWh
		DEZ 18	████████████████████	44
		NOV 18	████████████████████	95
		OUT 18	████████████████████	31
		SET 18	████████████████████	07
		AGO 18	████████████████████	34
		JUL 18	████████████████████	31
		JUN 18	████████████████████	30
		MAI 18	████████████████████	32
		ABR 18	████████████████████	26
		MAR 18	████████████████████	33
		FEV 18	████████████████████	26
		JAN 18	████████████████████	31
		DEZ 17	████████████████████	34
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
kWh %				
Gerção de Energia	10,29 31,82			
Transmissão	1,52 4,67			
Distribuição (elétric)	7,12 21,67			
Encargos Setoriais	1,53 4,61			
Tributos	9,00 28,34			
Perdas de Energia	3,34 10,28			
TOTAL	32,50 100			

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR * AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun2016					
DIC No de horas sem Energia		4,83	11,84	23,68	47,39
FICA No de sazes sem Energia		1,86	7,74	15,48	30,96
DIMC-Duração máxima de interrupção contínua		4,83	6,88	6,66	6,66
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 1E:50		
EuroD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 12,11					

*Fonte: Concessionária que aplica as operações das medições em DM, F.C., DCM e DCMR e gerencia o sistema.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO BEM/DOIS	TIPO DA FUNCAO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO 999
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
V06623	CAT	27/11/2018	8.296,00	28/12/2018	8.340,00	31	1,50000	8,08	44,90

PLATA REVISITA PARA A PRÓXIMA EDIÇÃO: 28/01/2017

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Parque no ponto mais perto de vocal mercante e frigorífico são ju: praça dem expedito logo no 51 centro /
 justificando massa fina: po dom expedito logo no 15 controlista completa em www.celpe.com.br /
 Na data da leitura e benéfico em vigor e a Verde. Mais informações em www.anatel.gov.br /
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual por o nível de tensão de fornecimento.
 Parágrafo. em atraso gera multa 2% (R\$64,41/ANTEL). Juros 15% (R\$ 10,4330%) e atualização monetária no préx. mais
 O cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido pelo o padrão de atendimento comercial
 Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.
 O ciclo em suspensão de fornecimento, o encerramento do ciclo em que ocorrer a suspensão.

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

DESTAQUE ADUN

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001528292026	12/2015	0,00	08/01/2019	

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Genival Alves de Almeida inscrito (a) no CPF/CNPJ 983.756.504/10, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael José Ambrósio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 123.028.944/56, do sinistro de DPVAT cobertura envolvido da Vítima Rafael José Ambrósio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 123.028.944/56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Revisor Renda: Revisor 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 José Pedro da Silva</u>	Número <u>81</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Cachoeirinha</u>	Estado <u>PE</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>0819 8955 7922</u>
CEP <u>55380-000</u>		

Cachoeirinha, 16 de 11 de 2018

Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 125, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE



Genival Alves de Almeida
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Aldemice Perdeiro de Moraes Silva,
RG: 8345 081, data de expedição 24/09/2014
Órgão SDSPE, portador do CPF 076.402.974-60, com
domicílio na cidade de Cachoeirinha, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Sítio Colúscio de Leme, nº _____
complemento rose, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Rafael José Amulsen da Silva,
cujo o conduto era Rafael José Amulsen da Silva.
Veículo: moto

Modelo: Honda Biz 225 ES com Usamulha

Ano: 2011

Placa: PFB 81-17

Chassi: 9C2JC 4820 BR 018844

Data do Acidente: 28-09-2018

Local e data do cartório: Cachoeirinha 16-11-2018

Aldemice Perdeiro de Moraes Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE
TABELA: VERA LÚCIA VALENÇA MELO E SILVA / SUBSTITUIÇÃO: DIVA LÚCIA SIMÕES VALENÇA DE MELO PEREIRA
R. São Mateus, 126 - Centro - CEP 82800-000 - Fone: (41) 3111-7888 - Fax: (41) 3111-7888 - e-mail: cdu@cartoriope.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de ALDEMICE CORRETO DE MORAES
SILVA, do R. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 16/11/2018
09:46:36. Selo: 0076435.3109201803.02458. Consulte autenticidade
em: www.tipo.jus.br/midigital. Eml: R\$ 3,39 - TMR: R\$ 0,90
FER: R\$ 0,40

Vera Lúcia Valença Melo e Silva - Tabelião

VALIDADE: 12 meses

ALDEMICE

VALIDADE: 12 meses
COM O SELO
DE AUTENTICIDADE E FORMALIZAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 125, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 54060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE RECEITA

INSTITUTO DE IMPOSTOS DE PERNAMBUCO

01R20

9.568.548

04/09/2012

<< RAFAEL JOSÉ ANILSON DA SILVA >>

<< JOSÉ ANILSON DA SILVA >>

<< IVONETE DOS SANTOS SILVA >>

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

02/04/1995

<< CN. 10870 L. 10 F.53 CART. CACHOEIRINHA-PE 25.06.1995 >>

Assinatura para anilson da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 2009

F-51 62.433 - 3013

CÓDIGO DE CONTROLE
9AB4.7A2F.1F4D.6C21

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
em 08:21:45 do dia 19/09/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
123.028.944-56

Nome
RAFAEL JOSE ANILSON DA SILVA

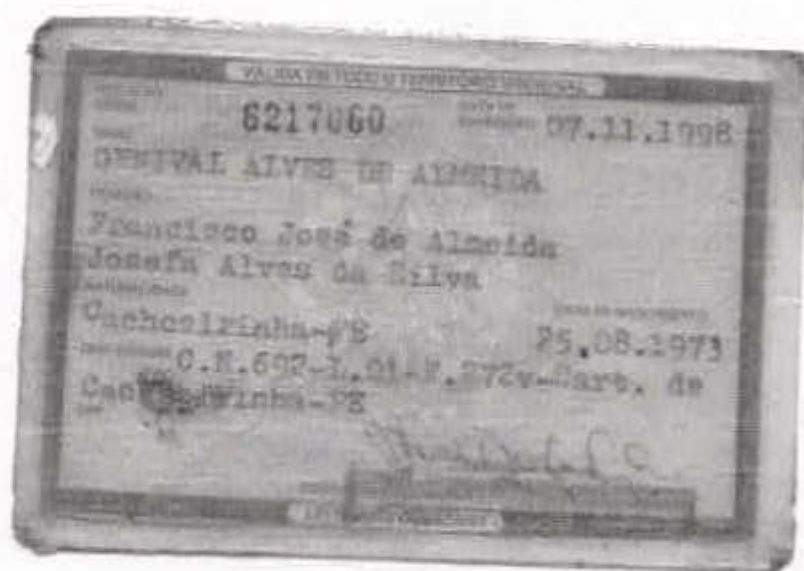
Nascimento
02/04/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE