



ATENDIMENTO: RUA JOSÉ G. FELHO - REIN - 00110 - CENTRO SAO JO

SE DO EGITO PE 56700-000

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO MATRÍCULA: 03159546 - Jul/2018
R. BOH JESUS, COMPESA 00059 - CENTRO SAO JOSE DO EGITO PE 56700-000
INSCRIÇÃO: 156.814.076.0001-490 CEP: 56110-110 AUTOMATIGO: 03159542

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO ATUO: 05271	DATA LEIT. ANTERIOR 06/08/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/08/2018	TIPO DE CONSUMO (AE) REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 559 CONSUMO: 2
LEIT ATU: 561
LEIT FAT: 561

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS
06/2018	EXIG. PCRE H2 2.914/LI	ANALISES: 42
05/2018	REALIZ.: 42	A LEGIS.
04/2018	42	42
03/2018	42	42
02/2018	42	42
01/2018	42	42
MÉDIA:	42	42

OBS.: (1)COLEIFORMES TOTAIS, AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2)OS PARÂMETROS COLEIFORMES TOTAIS, ESCRICHEIA COLI E CLORO
(3)OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

2 R\$ 41,30

TRIBUTOS	BÁSIS DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IRPF/2018
IPB	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2018

TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374837 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERICA E DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374837 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERICA E DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Antônio José dos Santos brasileiro(a), estado civil casado, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua/Av. Rua Nusinete Silva Maia, nº 162 bairro Planalto, município de São José do Egito, Estado de(o) Pernambuco, Portador(a) do RG nº 7468295, SSP/PE e CPF nº 064.237.864-96

Outorgado: **FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO**, brasileiro estado civil casado profissão Militar, residente e domiciliado a Rua Bom Jesus nº 59 bairro Novo Horizonte Município de São José do Egito-PE, CEP: 56700-000 Fone 87 999075800 Tim 988324037 Portador da Carteira de Identidade RG nº 7.650.438 SDSPE- e CPF Nº 931.101.894-53.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do Sinistro que vitimou (a) Antônio José dos Santos em acidente de trânsito o(a) Sr. ocorrido em 15/05/2017 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representante o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar **Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/ Crédito de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

São José do Egito 09 de Fevereiro de 2018

Antônio José dos Santos

Outorgante
CPF nº 064.237.864-96

Obs: Reconhecer firma em Cartório por autenticidade ou verdadeira

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firmada(s) de: (1)ANTONIO JOSE DOS SANTOS
Dou fe. São José do Egito, sexta-feira, 2 de março de 2018 -
10:35h
Em Testemunho
MÁRIA GLENÉVA RAPRELO tabelião
Total: 4,79 IVALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 0074896-DER02201801.01526

Cartório 2º Ofício
Cartório de Notas
Rua Pedro Soárez nº 32
São Joaquim - RJ
Tutor: Maria Glória de Souza
Assunto: Autenticação de Documento

PROCURAÇÃO

Outorgante: *Antônio José dos Santos* brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *Pedreiro*, residente e domiciliado à Rua/Av. *Rua Missete Silva Maciel*, nº *162*, bairro *Planalto*, município de *São José do Egito*, Estado de(o) *Pernambuco*, Portador(a) do RG nº *74.682.95*, SSP/PE e CPF nº *064.237.864-96*.

Outorgado: **FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO**, brasileiro estado civil casado profissão Militar, residente e domiciliado a Rua Bom Jesus nº 59 bairro Novo Horizonte Município de São José do Egito-PE, CEP: 56700-000 Fone 87 999075800 Tim 988324037 Portador da Carteira de Identidade RG nº 7.650.438 SDSPE- e CPF Nº 931.101.894-53.

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do Sinistro que vitimou *Antônio José dos Santos* em acidente de trânsito o(a) Sr. ocorrido em *15/05/2017*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representante o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar **Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/ Crédito de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

São José do Egito, 09 de Fevereiro de 2018

**Antônio José dos Santos*

Outorgante

CPF nº *064.237.864-96*

Obs: Reconhecer firma em Cartório por autenticidade ou verdadeira

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firmata(s) de: (1)ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Dou fe. São José do Egito, sexta-feira, 2 de março de 2018 - 10:35h

Em Testemunha: MARIA DENEVA RAFAELA TAVOLAI

Total: 4,79 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Sejolsi: 0074696.QER02201801.01526

Certório 2º Ofício
Cartório de Notas
Rua São João nº 32
São José do Egito-PE
Titular: Maria Oliveira de Araújo
Substituto: Francisco Gomes de Araújo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296463/18

Número do Sinistro: 3180374837

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

CPF: 064.237.864-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO : 931.101.894-53

Procuração

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: 26/11/2018
Nome: ANTONIO JOSE DOS SANTOS
CPF: 064.237.864-96

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: LUIZ PHELIPE BRAGA COELHO
CPF: 907.829.682-87

ANTONIO JOSE DOS SANTOS

LUIZ PHELIPE BRAGA COELHO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296463/18

Número do Sinistro: 3180374837

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

CPF: 064.237.864-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO : 931.101.894-53

Declaração Circular SUSEP 445/12

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 13/12/2018

Nome: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

CPF: 931.101.894-53

Data do cadastramento: 13/12/2018

Nome: Juceleni Maria Braga

CPF: 514.196.101-04

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

Juceleni Maria Braga

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296463/18

Número do Sinistro: 3180374837

Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

CPF: 064.237.864-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO : 931.101.894-53

Declaração Circular SUSEP 445/12

ANTONIO JOSE DOS SANTOS : 064.237.864-96

Autorização de pagamento

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: 12/11/2018

Nome: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

CPF: 931.101.894-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018

Nome: Juceleni Maria Braga

CPF: 514.196.101-04

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

Juceleni Maria Braga

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180374837

Vitima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180374837**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180374837**

Vitima: **ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

Data do Acidente: **14/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180374837**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

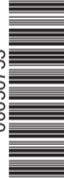
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374837 **Cidade:** São José do Egito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTERICA E DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima:

Nome completo da vítima:

064.237.864-96 Antonio José dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Antônio José dos Santos
Endereço
Rua Nissinete Silva Maciel
Bairro Planalto
Cidade São José do Egito
Número 162
Estado PB
Profissão
Agricultor
Complemento casa
CEP 56700-000
Telefone (087) 988 324037

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
BRASILEIRO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

X FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

1296

D/V

CONTA

4818

D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name _____ NRO. _____

AGÊNCIA

D/V

CONTA

D/V

(Inserir dígito se existir) (Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitância do valor indenizado.

São José do Egito - PE 01 de junho de 2018

Lote Data

X Antonio José dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180374837

CPF da Vítima

064.237.864-96

Nome completo da vítima

Antônio José dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Rua

Estado

CEP

Telefone (DDD)

(87) 988 324037

CPF titular da conta

Número

Estúdio

Pt

Profissão

Endereço

Casa

CEP 56700-000

Telefone (DDD)

(87) 988 324037

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do encreço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADFISCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAÚ (341)

FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

1296

D/V

CONTA

4818

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

3ão José do Egito PE 01 junho de 2018
Local Data

Antônio José dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0258000760**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/06/2018 às
18:06

Complementa o BO Número: 17E0258000576

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 14/5/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA 25 DE AGOSTO, 1, EM FRENTE AO
POSTO PETROVIA - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO
EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

WELLINGTON LOPES DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
JOSE ERISMAR FERREIRA SAMPAIO (TESTEMUNHA)
EDIVAN BRITO DE SOUZA (TESTEMUNHA)
ANTONIO JOSE DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ANTONIO JOSE DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
WELLINGTON LOPES DA SILVA

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

WELLINGTON LOPES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês:
LUZIA LOPES DA SILVA Pai: **JOÃO EDVANI FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento:
14/8/1951 Naturalidade: **TUPARETAMA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO, 1, SITIO MULUNGU - CEP: 0 -**
Bairro: **CENTRO - SÃO JOSÉ DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO JOSE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês:
MARIA ALEXANDRINA DOS SANTOS Pai: **JOSE JOAQUIM DOS SANTOS** Data de Nascimento:
11/3/1978 Naturalidade: **SANTA TEREZINHA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO, 167, RUA MISSINETE SOARES**
- CEP: 0 - Bairro: **CENTRO - SÃO JOSÉ DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE ERISMAR FERREIRA SAMPAIO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **LINDALVA FERREIRA SAMPAIO** Pai: **DAMIÃO SAMPAIO DA SILVA** Data de Nascimento: **17/4/1982** Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Endereço Residencial: **RUA ALTEMAR DUTRA, 230 - CEP: 8 - Bairro: SAO BORJA - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDIVAN BRITO DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

HONDA TITAN VERMELHA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WELLINGTON LOPES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WELLINGTON LOPES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHV1348** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

HONDA FAN PRETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDIVAN BRITO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFT8863** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

CONFORME APURADO, ACONTECEU ACIDENTE DE TRANSITO TIPO COLISÃO, ENVOLVENDO DUAS MOTOCICLETAS NA AVENIDA 26 DE AGOSTO, PROXIMO A ESCOLA MUNICIPAL NANA PATRIOTA, ONDE O SENHOR ANTONIO JOSE SEGUIA NA AVENIDA 26 DE AGOSTO SENTIDO PERIFERIA - CENTRO, QUANDO FOI ABARROADO EM SUA LATERAL PELA MOTOCICLETA PILOTADA POR WELLINGTON, QUE NÃO POSSUI CNH, ONDE AMBOS CAIRAM NA VIA DE ROLAMENTO, WELLINGTON SOFREU APEANAS ESCORIAÇÕES NAS MÃOS E ANTONIO JOSE APRESENTOU FRATURA NAS PERNAS, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

B.O. registrado por: **ADERSON RIBEIRO DA SILVA** - Matricula: **202518-6**

QUINTuplicado das assinaturas acima

WELLINGTON LOPES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **LINDALVA FERREIRA SAMPAIO** Pai: **DAMIÃO SAMPAIO DA SILVA** Data de Nascimento: **17/4/1982** Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ALTEMAR DUTRA, 230 - CEP: 8 - Bairro: SAO BORJA - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO JOSE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **EDIVAN BRITO DE SOUZA** Pai: **WELLINGTON LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **17/4/1982** Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ALTEMAR DUTRA, 230 - CEP: 8 - Bairro: SAO BORJA - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Antônio José dos Santos CPF da Vítima 064.237.864-96 Data do Acidente 19/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

30º José do Egito PE de 01 de junho de 2018
Local Data

Antônio José dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 PARA PREENCHIMENTO:

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Antônio José dos Santos** CPF da Vítima **064.237.864-96** Data do Acidente **19/05/2017**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
--------------------------------------	----------------------------

Email	Telefone (DDD)
-------	----------------

fran73095@gmail.com **(71)999075800**

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antônio José dos Santos de **01** de **junho** de **2018**

Antônio José dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

		Atendimento: 322770	Prontuário: 298281
Nome: ANTONIO JOSE DO SANTOS	Data Nasc.: 11/03/1978	Idade: 39	Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG:			CNS: 708700163151796
Endereço: RUA DA CAVERNA			Nº: 10
Bairro: CENTRO		Cidade: SAO JOSE DO EGITO	Estado: PE
CEP: 56700000	Fone: 98199918		Profissão: PEDREIRO
Nome da Mãe: MARIA ALEXANDRINA DOS SANTOS			
Acompanhante:			
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA			
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			

2 - ATENDIMENTO Data: 15/05/2017 04:47 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

+ Dolor intenso de dor no lado esquerdo da coxa.
- Dor no joelho direito. Apresentava dor na panturrilha e coxa.
E. Ninguém sentiu nenhuma

Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____

A - dor intensa panturrilha 3 - dor intensa, sensível
C - Sem sangramento clínico D - pressão 15

E - pressão arterial de 100 e 60 mmHg, pulso regular.

Diag. Provisório:

Fix suspeita de fratura E
- A Ortopedia

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

15/05/17	① Cepatina 2g EV ② Transtel 500mg SC 1000mg EV. ③ ALK da RX. Gute	06 06 06
	④ - A Ortopedia	

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: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 00000004818-1

Nr. da Autenticação 7EEABA8E3AB0D9DF



ATENDIMENTO: RUA JOSÉ G. FELHO - REIN - 00110 - CENTRO SAO JO

SE DO EGITO PE 56700-000

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO MATRÍCULA: 03159546 - Jul/2018
R. BOH JESUS, COMPESA 00059 - CENTRO SAO JOSE DO EGITO PE 56700-000
INSCRIÇÃO: 156.814.076.0001-490 CEP: 56110-110 AUTOMATIGO: 03159542

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO ATUO: 05271	DATA LEIT. ANTERIOR 06/08/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/08/2018	TIPO DE CONSUMO (AE) REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 559 CONSUMO: 2
LEIT ATU: 561
LEIT FAT: 561

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS
06/2018	EXIG. PCRE H2 2.914/LI	ANALISES: 42
05/2018	REALIZ.: 42	A LEGIS.
04/2018	42	42
03/2018	42	42
02/2018	42	42
01/2018	42	42
MÉDIA:	42	42

OBS.: (1)COLEIFORMES TOTAIS, AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2)OS PARÂMETROS COLEIFORMES TOTAIS, ESCRICHEIA COLI E CLORO
(3)OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

2 R\$ 41,30

TRIBUTOS	BÁSIS DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IRPF/2018
IPB	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2018

TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Francinaldo G. S. Souto inscrito (a) no CPF sob o Nº 931101894-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio José dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.237.864-96, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Antônio José dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.237.864-96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Militar Renda: 4.290,63 e apresento os documentos comprobatórios:
Demonstrativo de Pagamento

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	Rua Bom Jesus	Número	59	Complemento	casa
Bairro	Novo Horizonte	Cidade	São José do Egito	Estado	PE
E-mail	fran730.gss@gmail.com	Tel. fixo (comercial/DDI)	87199032407999075800	Telefone celular (DDI)	

São José do Egito PE, 13 de Agosto 2018.

Francinaldo G. da S. Souto

Assinatura do declarante

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu, Francinaldo G. da Souto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 93110189453, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio José dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064237.864-96 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Antônio José dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 06423786496, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: Militar, Renda: 5.731,89 e apresento os documentos comprobatórios:
Demonstrativo de pagamento

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	Residência	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

Rua Bom Jesus
Novo Horizonte São José do Egito PE 56700-000
fran730.gss@gmail.com (87)999075800 988324037

São José do Egito - PE 26 de Dez. 2018
Local e Data

Francinaldo G. da S. Souto
Assinatura do Declarante

Francinaldo G. da S. Souto
Procurador Intermediário



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO

CNPJ: 11433190000157

NOME FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO			MATRÍCULA 9306064	COMPETÊNCIA OUT/2018
LOTAÇÃO 23 BPM 3 CPM SAO JOSE DO EGITO			IDENTIDADE 00000041228 PM PE	ADMISSÃO 02/08/1993
CARGO TERCEIRO SARGENTO	NÍVEL 001C	FUNÇÃO	NÍVEL 1	DEP.IR 1
BANCO/AGÊNCIA BRADESCO AFOG.DA INGAZERA(PE)		CONTA 01001515	CPF 931.101.894-53	PERÍODO DE PAGAMENTO

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VANTAGENS	DESCONTOS
3	SOLDO		\$ 4.712,27	
21	V REFEICAO	22,00	\$ 246,40	
23	GR LOC ESPEC		\$ 19,62	
79	PDS		\$ 1.000,00	
240	SUL AMERICA			\$ 21,79
268	CAS			\$ 19,90
269	SISMEPE	4,00		\$ 188,49
282	IRRF			\$ 479,10
327	CARTAO BMG			\$ 196,85
373	BC BRADESCO			\$ 603,62
397	FUNAFIN	13,50		\$ 638,81
661	AD SAL-RS			\$ 1.000,00

SALÁRIO (BASE) \$ 0,00	SALÁRIO (HORA) \$ 0,00	F.G.T.S. \$ 0,00	TOTAL DE VANTAGENS \$ 5.978,29	TOTAL DE DESCONTOS \$ 3.148,56
BASE (INSS / IPSEP) \$ 4.731,89	BASE (IMP.REND) \$ 5.731,89	MARGEM CONSIGNÁVEL \$ 396,26	LÍQUIDO	\$ 2.829,73

Mensagem: ATENÇÃO APOSENTADO E PENSIONISTA: NO PERÍODO DE 11 A 25 DO MÊS DE SEU ANIVERSÁRIO, COMPAREÇA A SUA AGÊNCIA DO BRADESCO

Código de autenticidade: 640990d08a54fc6855cba2328136382e991584e9902d31177e79bf43138a3565

OBS: A autenticidade deste contracheque deverá ser confirmada na página do Portal do Servidor, ou clicando [AQUI](#)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edivan Brito de Souza

RG nº 5969683 data de expedição 21/10/1997

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 039 318 004-65 com
domicílio na cidade de Taquaritinga do Norte no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

José Sistre da Costa, Pão de Açucar nº 05

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Antônio José dos Santos, cujo o condutor era

Antônio José dos Santos

Veículo: Pás/Motocicleta

Modelo: Honda 125

Ano: 2008

Placa: HFT 8863

Chassi: 9C2JG3070BR6037

Data do Acidente: 14/05/2017

Local e Data: Taquaritinga do Norte - PE, 08.05.2018

EDIVAN BRITO DE SOUZA

Assinatura do Declarante

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

Reconhecer por autenticidade

ário de Registro Civil e Tabelionato Distrital Pão de Açúcar- Taquaritinga do Norte/PE. Bela. Maria Aparecida de Oliveira- Oficiala e Tabelião Distrital- Reconheço por

fotocópiado a firma de EDIVAN BRITO DE SOUZA em 08/05/2018

tabelião e dou fé. Selos: 0076356.52003201801.00675 En test.

verdade. Escrivente Autorizada: Jeane Tavares Ferreira

Inv. jeanetavaresferreira@bol.com.br

tel. (81) 3915-5913; (81) 98080-8010; (81) 98080-4010;

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL

PAO DE AÇUCAR TAQUARITINGA DO NORTE - PE

BELA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA-TABELIA

JEANE TAVARES FERREIRA SILVA ESCREVENTE AUTORIZADA

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

		Atendimento: 322770	Prontuário: 298281
Nome: ANTONIO JOSE DO SANTOS	Data Nasc.: 11/03/1978	Idade: 39	Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG:			CNS: 708700163151796
Endereço: RUA DA CAVERNA			Nº: 10
Bairro: CENTRO		Cidade: SAO JOSE DO EGITO	Estado: PE
CEP: 56700000	Fone: 98199918		Profissão: PEDREIRO
Nome da Mãe: MARIA ALEXANDRINA DOS SANTOS			
Acompanhante:			
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA			
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			

2 - ATENDIMENTO Data: 15/05/2017 04:47 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

+ Dolor intenso de dor no lado esquerdo da coxa.
- Dor no joelho direito. Apresentava dor na panturrilha e coxa.
E. Ninguém sentiu nenhuma

Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____

A - dor intensa panturrilha 3 - dor intensa, sensível
C - Sem sangramento clínico D - pressão 15

E - pressão arterial de 100 e 60 mmHg, pulso regular.

Diag. Provisório:

Fix suspeita de fratura E
- A Ortopedia

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

15/05/17	① Cepatina 2g EV ② Tramal 500mg SC/SC 100,97 EV. ③ ALK da RX. Gute ④ - A Ortopedia	06 06 06 06

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS	Nº Registro: 298281
Clinica: ORTOPEDIA	Nº do leito:
Operador: JACKSON JR	
1º Assistente: DIEGO ARAÚJO R2	2º Assistente: SÉRVIO TÚLIO R1
Instrumentador:	Anestesista:
Anestesia: RAQUIANESTESIA	Duração:
Data da Operação: 15/05/17	Inicio: _____ Término: _____

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR ESQUERDO

Diagnóstico Pos-operatório: O MESMO

Operação Proposta: CONTROLE DE DANOS

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. REALIZADA INSTALAÇÃO DE FIXADOR TUBO A TUBO EM COXA ESQUERDA
4. LIMPEZA DA FERIDA COM SFO,9% ABUNDANTE
5. SUTURA DA PELE COM FIO NYLON 2.0
6. CURATIVO
7. ENCAMINHO PCTE PARA SRA

D
SERVIO TÚLIO FÉMUR
CR4487523
15 MAIO 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Antônio José da Silva | N° do Registro:

Clínica: Enfermaria | N° do Leito:

Operador: Dr. Luis & Antônio

1º Assistente: Dr. Alce Bezerra | 2º Assistente: Antônio filho

Instrumentador: | Anestesiada:

Anestesia: | Duração:

Data da Operação: Início: Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fractura tracionante em 6

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Trifurto em 6 e Frac Tracionante

Operação Realizada: A mitral

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) Preparo com DDM das anestesias + anestesia + anticoagulantes + Aplicação de cateter urinário
- (2) Incisão em forma basilar da face proximal + abertura do plâvico + visualização da face de rotura e elab. osteo + esplêndido + Redução manual.
- (3) Fixação de placa metálica 135° nos gomos de fijos
- (4) Bifórmis abrangendo o afórmico
- (5) Sutura piplim
- (6) Curativo.
- (7) Encaminhamento paciente para UPAE L

SÁVIO TULLIO M. FERREIRA
Ortopedia Resid.
CPM 2007

28 JUN 2007



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o
Sr. (a) Antônio José dos Santos
Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia , 15/05/2017 a 30/06/2017

REGISTRO: 298281

Diagnóstico: Fratura de Fêmur .

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S72.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 30 de Junho de 2017

[Signature] Setor de arquivo (same)

Alexsandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME em 100%
Matrícula: 12450

Alexsandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Matrícula: 12450

09 794 975/0269 27

FUGAM - Hospital Regional
do Agreste

BR 232, Km 130
Indiaporã - PE 55160-000

HRA (same) Fone: (81) 3719.9346.

Caruaru - PE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Antonio José da Santo

Prontuário: 298281

Data: 15 / 05 / 17

Hora: 04:42

DIAGNÓSTICO:

Fist. traumática + infecção

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ag. ambulatorio de intérprete (-MRS)

C11527

16-08-17 Dr. Milton Barros 9hs

TRATAMENTO REALIZADO:

Treatmento cirúrgico (posteriorizar)

HRA

Data:

Hora:

DR:

Hora:

S

Sávio Túlio M. Firmão
Ortopedia Residente
CRM-PE: 25759

Alta Hospitalar: Data: 30 / 06 / 17

Painel na coluna lombopélvica
com orientação ao Dr. Paulo Góes
com antiinflam, analgés, antibióticos
e níveis de alta.

Hora:

DR:

S

CRM:

25759

30 JUN 2017

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

*Antônio José da
Santos*

Registro N°:

Clinica:

Enfermaria:

*Deente com
histórico de anide-
re de moto
em 11/5/2017.
Fract - fíbula +
diáfragma e ferura t.
operado. 1º ape-
nas sujeira consti-
tuída no referido
fissuram. Boa eva-
lue. jADM pelo
ben ± 45°. sobre
P. p/ ferir o
direito*

Data 01/3/2017

*Vilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM- 10660
Médico - CRM*

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eleida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro N°:

Clinica:

Enfermaria:

Paciente vítima
de acidente de
moto. Fratura
em diâfragma
fáscia e celo
peritoneal. Fixa-
ção óssea. Poste-
riormente, no
fêmur, placa
olímpica, placa
p/ colo femoral e
diminuição apre-
sos movimento
pélvico e rotula-
rício. E. + rotu-
ular. Fissura
16/07/2017 2094

Data:

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eleda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro N°:

Clinica:

Enfermaria:

Paciente vítima
de acidente de
moto em 14/05/2017.
Fract. esp. fémur &
fixador em
placa em diafragma
fáscia e celo
peritoneal e placa
para quedas e
+ ADAM pélvico &
Era trat. amb.
+ fisioterapeu-
tol. IN INSS p/
fis. de tempo
2094

Data:

14/05/2017

Dr. Nilson Pereira
Ortopedia/ Traumatologia
CRM - 10660

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eleda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

RELATÓRIO PERICIAL

Dra. uael
Françoize Nunes Fernandes
Fisioterapeuta
CREFITO 227714-F

I – IDENTIFICAÇÃO

ANTÔNIO JOSÉ DOS SANTOS, sexo masculino, 40 anos, nascido em 11 de abril de 1978, agricultor, residente e domiciliado em rua Missinete Silva Maceió, 162, bairro Planalto, município de São Jose do Egito – PE.

II – HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PS.: Os dados do histórico foram obtidos de depoimentos do autor e da análise de documentos por ele portados.

O paciente José Antônio dos Santos, vítima de acidente de trânsito por queda de motocicleta, ocorrido em 24 de maio de 2017 na cidade de São José do Egito – PE foi socorrido e levado a Unidade Mista Maria Rafael de Siqueira, apresentando fratura exposta do fêmur esquerdo e cintura pélvica (quadril), onde foi feito os primeiros socorros, consequentemente encaminhado ao Hospital municipal de Caruaru. O mesmo foi encaminhado para o tratamento cirúrgico, recebendo alta definitiva no dia 30 de Junho de 2017, tendo realizado tratamento fisioterapêutico concomitante.

III – EXAME FÍSICO

PS.: Os resultados podem variar conforme a evolução e resposta clínica do paciente.

Atualmente, o paciente apresenta dor, diminuição de 30% do movimento de flexão, diminuição de 20% para extensão, hipotrofia muscular, déficit sensitivo e motor de todo MIE.

São José do Egito, 18 de fevereiro de 2018.

Françoize Nunes Fernandes

Dra Françoize Nunes Fernandes
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 227714 – F / CPF: 066.052.374-47
Contato: (87) 9.9604-9230

*Françoize Nunes Fernandes
Fisioterapeuta
CREFITO 227714-F*

Dra. uael

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que, o (a) Senhor (a)
ANTÔNIO JOSE DOS SANTOS
Portador (a) do RG:7468295 SAS-PE CPF:064.237.864-96,
residente e domiciliado (a) à (no)
RUA MISS. INETE SOARES, Nº162,
Bairro: PLANALTO, S.J.EGITO-PE, deu entrada
nesta unidade hospitalar, no dia 14/05/2017 vítima de acidente
MOTOCICLÍSTICO, conforme ficha/prontuário nº 3398. Informamos que
a (as) cópia (as) fornecida (as) por esta Unidade Hospitalar confere (m) com a (as)
original (ais) que se encontra (m) em nosso arquivo à disposição do DPVAT para
quaisquer esclarecimentos.

São José do Egito-PE, 09 de NOVEMBRO de 2018.

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

Jesus Adilson Militão da Silva
Departamento de Contas Médicas
Matrícula 33.019-1



HOSPITAL MARIA RAFAEL
DE SIQUEIRA
São José do Egito - PE
Praça da Bandeira, s/n
Fone: (87)3844-1192 Cep: 56700-000

NOTA FISCAL
ESTAMPA E CINTA

Data: 14/05/2017 Hora: 21:56:53

Cod. Paciente: 3398

Idade: 39

Paciente: ANTONIO JOSE DOS SANTOS
Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA
Mae: MARIA ALEXANDRINA DOS SANTOS
Nascimento: 11/03/1978
Profissao: AGRICULTOR(A)
Estado Civil: CASADO(A)
Endereco: RUA MISS. INETE SOARES
Bairro: PLANALTO
Cidade: SAO JOSE DO EGITO - PE - 56700-000 - 2613602
C.N.S.: 708-7001-6315-1796
CPF:
Digitador: OZIVANIA

Pai/Resp. JOSE JOAQUIM DOS SANTOS
Cor: PARDA Sexo: M
Fone:

Num. 162

Identidade: 7468295
Reg. Nasc.

ANTECEDENTES:	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> OUTROS
HABITOS:	<input type="checkbox"/> FUMANTE	<input type="checkbox"/> ETILISTA	<input type="checkbox"/> USUARIO DE DROGAS	
PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	GLICEMIA CAPILAR	TEMPERATURA

ESCALA DE DOR

LEVE

MODERADA

INTENSA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUEIXA PRINCIPAL

Confere com o original

Data 09/11/18 Jesus Adilson M. de Souza,
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente com história de ocorrência de mictos há 40min, descolgado, fez uso de cocaína. Operou-se a postura reposta em joelho seguido e deitado em quadril. Fica dor no lado esquerdo e perda de consciência Gergau 15.

PA: 110x80 mmHg

RR: 140/110 AMT, 21 RA

SPO2 99% ao ar ambiente

FC: 105 bpm.

ABD: pleno, flácido, indolor à palpação.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- ① Cefalotina 2g + AD EV
- ② VAT 01 AMP 1m
- ③ Sismonal 01 AMP + 100ml SF 0,9% EV
- ④ Limpaga e immobilização.
- ⑤ RX de quadris e perna e
- ⑥ SAT 5000 UI 1m.
- ⑦ Sutura e curativo em local D
- ⑧ Dipirona 01 AMP + AD EV
- ⑨ morfina 01 AD + 9ml AD.
- Todas 2ml de soluções.

⑩ SUD

Dr. Felipe Figueiredo

Médico

CRM PB: 10437 / CRM/PE 25253

HRA: 5163591 23:50 Realizadas passagem de

SUD

Ana Paula do S. Pereira
Enfermeira



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CNPJ:11433190000157

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

NOME FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO			MATRÍCULA 9306064	COMPETÊNCIA DEZ/2017	
LOTAÇÃO 23 BPM 3 CPM SAO JOSE DO EGITO			IDENTIDADE 00000041228 PM PE	ADMISSÃO 02/08/1993	
CARGO CABO	NÍVEL 001B	FUNÇÃO	NÍVEL	DEP.IR 1	DEP 0
BANCO/AGÊNCIA BRADESCO AFOG.DA INGAZEIRA(PE)	CONTA 01001515	CPF 931.101.894-53	PERÍODO DE PAGAMENTO		
CÓD.	Descrição		REFERÊNCIA	VANTAGENS	DESCONTOS
3	SOLDO			\$4,115.65	
21	V REFEICAO		\$22.00	\$246.40	
23	GR LOC ESPEC			\$14.98	
191	GR MOTORISTA			\$160.00	
182	CART GERADOR				\$39.02
240	SUL AMERICA				\$21.79
268	CAS				\$15.13
269	SISMEPE		\$4.00		\$164.63
282	IRRF				\$173.47
327	CARTAO BMG				\$6.23
373	BC BRADESCO				\$294.12
397	FUNAFIN		\$13.50		\$579.24
SALÁRIO (BASE) \$0.00	SALÁRIO (HORA) \$0.00	F.G.T.S. \$0.00	TOTAL DE VANTAGENS \$4,537.03	TOTAL DE DESCONTOS \$1,293.63	
BASE (INSS / IPSEP) \$4,290.63	BASE (IMP.RENDAS) \$4,290.63	MARGEM CONSIGNÁVEL \$691.53	LÍQUIDO		***** \$3,243.40
Mensagem ATENCAO APOSENTADO E PENSIONISTA: NO PERIODO DE 11 A 25 DO MES DE SEU ANIVERSARIO, COMPARECA A SUA AGENCIA DO BRADESCO					
Código de autenticidade:K3FVKKR73KTU4210					
OBS. A autenticidade deste contracheque deverá ser confirmada na página do Portal do Servidor, no endereço www.portaldoservidor.pe.gov.br					





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

064.237.864-96

Nome

ANTÔNIO JOSE DOS SANTOS

Município

11000-978