



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA JOSE G. FILHO - 120M - CENTRO - CEP: 50700-000  
SE DO EGITO PE 56700-000

DADOS DO CLIENTE  
FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO MATRICULA: 09306064  
R. BOM JESUS, COMPESA 000059 CENTRO SAG JOSE DO EGITO PE 56700-000  
INSCRIÇÃO: 156.814.078 UNDE-450 CRPPO-FIDEE AUTOMATICO: 023159542

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1			
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)		
1110205271	06/08/2018	06/08/2018	REAL		

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

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

		PARÂMETROS	MÉTODO DE AMOSTRAS		
			EXIG. POR	ANÁLISES	ATENDIM.
06/2018	08		BS 2.914/11	REALIZ.	A LEGIS.
05/2018	08	TURBIDEZ	42	42	42
04/2018	09	COR APARENTE	42	42	42
03/2018	07	CLORO RESIDUAL	42	42	42
02/2018	07	KOLIF. TOTAIS	42	42	42
01/2018	08		42	42	42
MEDIA:	08				

QBS.: (1) COEFICIENTES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.  
(2) OS PARÂMETROS COEFICIENTES TOTAIS, ESCLARECIMENTOS COL E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COL E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2,83	41,30

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PS	41,30	1,05	0,68
CCFMS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2018 TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado de Pernambuco  
Secretaria de Defesa Social  
**POLÍCIA MILITAR**

NOME  
**FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO**

CABO - PM

RG  
**41228**

ASSINATURA

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO - PMPE

PM  
**ZITA GOMES DA SILVA**

MAE  
DATA DE NASCIMENTO  
**15/11/1973** MATRÍCULA  
**09306064**

NATURALIDADE  
**BRASILEIRO-PE**

TÍTULO ELEITORAL  
**19814301252** ZONA  
**0099** REGIÃO  
**0055**

CPF  
**93110189453**

LOCAL E DATA DE EMISSÃO  
**Recife-PE 18/04/2017**

Q.S. FATOR B.H.  
**0 Positivo**

AO PORTADOR É PERMITIDO O PORTE DE ARMAS NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

18/04/2022

CHefe DO GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO - PMPE

LEI PÚBLICA Nº 11.777, DE 25 DE MAIO DE 2000

# 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 - 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



# PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Antônio José dos Santos brasileiro(a), estado civil casado, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua/Av. Rua Mussunêtila Silva Maciel 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 em acidente de trânsito o(a) Sr. (a) Antônio José dos Santos 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 de 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 firma de: (1)ANTONIO JOSE DOS SANTOS  
Dou fe. São José do Egito, sexta-feira, 2 de março de 2018 - 10:35h  
Em Testemunho da Verdade  
MÁRIA GLENEVA RAFAEL, Tabelião  
Total: 4,79 INVALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE  
Selos(s): 0074896.0ER0220180X.01526

Certório 2º Ofício

Cartório de Notas

Rua Manoel Soares nº 32

São José do Egito - PE

Titular: Maria Gleneva Rafael

Subst. Paulo Roberto de Almeida



# PROCURAÇÃO

**Outorgante:** *Antônio José dos Santos* brasileiro(a), estado civil *casado*, profissão *Pedreiro*, residente e domiciliado à Rua/Av. *Rua Mussuneti 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. *Antônio José dos Santos* 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 firma(s) de: (1)ANTONIO JOSE DOS SANTOS  
Dou fe. São José do Egito, sexta-feira, 2 de março de 2018 - 10:35h  
Em Testemunho *Maria Gleneva Rafaela* de Verdade  
MARTA GLENEVA RAFAELA, Cabelleira  
Total: 4,79 \$VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  
Selo(s): 0074896.0ER02201801.01526

Cartório 2º Ofício  
Cartório de Notas  
Rua Paulo Souto nº 32  
São José do Egito - PE  
Tribunal Maria Gleneva Rafaela  
Subst. Paulo Souto nº 32 - 55003

# 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/05/2017

Titular do CPF: ANTONIO JOSE DOS SANTOS

CPF de: Próprio

## 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](http://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

ANTONIO JOSE DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO JOSE DOS SANTOS

## 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](http://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: 13/12/2018  
Nome: FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO  
CPF: 931.101.894-53

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018  
Nome: Juceleni Maria Braga  
CPF: 514.196.101-04

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Titular do CPF:** ANTONIO JOSE DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

FRANCINALDO GOMES DA SILVA SOUTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018

Nome: Juceleni Maria Braga

CPF: 514.196.101-04

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**

Carta nº 13237698



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 - 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:**

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").

Numero do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 064.237.86496 Nome completo da vítima: Antonio José dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: Antonio José dos Santos CPF titular da conta: 064.237.86496 Profissão: Agricultor  
Endereço: Rua Missinete Silva Maciel Número: 162 Complemento: Casa  
Bairro: Planalto Cidade: São José do Egito Estado: PE 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 endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☐ RECLUSO 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)

☐ BRACESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

1296

(Informar dígito se existir)

CONTA

4818

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

(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.

São José do Egito PE 01 de Junho de 2018  
Local e Data

Antonio 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 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

064.237.86496

Nome completo da vítima

Antonio José dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Antonio José dos Santos

CPF titular da conta

064.237.86496

Profissão

Agricultor

Endereço

Rua Missinete Silva Maciel

Número

162

Complemento

Casa

Bairro

Planalto

Cidade

São José do Egito

Estado

PE

CEP

56700-000

E-mail

fran730955@gmail.com

Telefone (DDD)

(87) 9888 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 endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☐ RECUSO 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)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

DV

CONTA

NRO

DV

AGÊNCIA

1296

DV

CONTA

4818

DV

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

São José do Egito - PE 01 de Junho de 2018

Local e Data

Antonio José dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO  
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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 - Culposos (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 (VÍTIMA)

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

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
ANTONIO JOSE DOS SANTOS  
VEÍCULO: (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 Mãe:**  
**LUZIA LOPES DA SILVA** Pai: **JOÃO EDVANI FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento:  
**14/8/1991** Naturalidade: **TUPARETAMA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO, 1, SÍTIO MULUNGU - CEP: 0 -**  
**Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ANTONIO JOSE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:**  
**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 no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **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: 0 - Bairro: SAO BORJA - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDIVAN BRITO DE SOUZA** (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

Placa: **KFT8843** (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 ABRARROADO EM SUA LATERAL PELA MOTOCICLETA PILOTADA POR WELLINGTON, QUE NÃO POSSUI CNH, ONDE AMBOS CAIRAM NA VIA DE ROLAMENTO, WELLINGTON SOFREU APENAS 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** - Matrícula: **202518-6**

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 14/05/2017

**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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

São José do Egito 01 de Junho de 2018  
Local e 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:**

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 interdita 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

14/05/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Fran73.gss@gmail.com

Telefone (DDD)

(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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

São José do Egito 01 de Junho de 2018

Local e Data

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  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 15/05/2017 04:47

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

+ Paciente, vítima de queda de moto com lesão  
 em: Noção de Apresentação dos membros inferiores e coxa  
 E. Noção de lesões simétricas

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

A - sem lesões físicas B - toco estável, simétrico  
 C - sem sangramento ativo D - espargido  
 E - notado no ponto de fratura e lesões físicas, simétricas

Diag. Provisório:

Fr. exposta do punho E  
 - A Ortopedia

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data

Horário

15/05/17	(1) Capoteira 2g EV	OK
	(2) Tramadol 50mg + 100mg	OK
	8h 0,97 EV.	
	(3) Alk. de lin. Grel	
	(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: 000000004818-1

---

Nr. da Autenticação 7EEABA8E3AB0D9DF







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

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

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

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

Pelo exposto, eu, Francinaldo G. S. Souto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 931101894-53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Jose dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.237.864-96, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Jose 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: <u>Rua Bom Jesus</u>		Número: <u>59</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Novo Horizonte</u>	Cidade: <u>São José do Egito</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>56700000</u>
E-mail: <u>fran73.gss@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD): <u>871 98832107</u>	Telefone celular (DDD): <u>999075800</u>

São José do Egito, PE, 13 de Agosto 2013.

Local e Data

Francinaldo G. 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, Francinaldo G. da S. Souto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 93140189453,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio José dos Santos, inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 06423786496 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez 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 <u>Rua Bom Jesus</u>		Número <u>59</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Novo Horizonte</u>	Cidade <u>São José do Egito</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56700-000</u>
Email <u>fran730gss@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87999075800)</u>	Telefone celular (DDD) <u>988324037</u>

São José do Egito - PE, 12 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.

POLÍCIA 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	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		\$4.712,27	
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.RENDA) \$ 5.731,89	MARGEM CONSIGNÁVEL \$ 396,26	<b>LÍQUIDO</b>	\$ 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 21/10/1999

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)

Jose Siervestre da Costa, Pão de Açúcar 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 em

Antônio José dos Santos

Veículo: Pas/Motocicleta

Modelo: Honda 125

Ano: 2008

Placa: 4F18863

Chassi: 9C2JC3070BR6037

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

Cartório de Registro Civil e Tabelionato Distrital Pão de  
Açúcar- Taquaritinga do Norte/PE. Bela. Maria Aparecida de  
Oliveira Oficial e Tabelião Distrital- Reconheço por  
autenticidade a firma de EDIVAN BRITO DE SOUZA em 08/05/2018  
e dou fé. Selos: 0076356.S2003201801.00675 En test.

verdade. Escrevente Autorizada: Jeane Tavares Ferreira  
Ivo Jeane Tavares Ferreira Silva  
nol. RJ, 59; TSNR: R\$0,80; FERC: R\$0,40;

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL  
PÃO DE AÇÚCAR TAQUARITINGA DO NORTE PE  
BELA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA TABELIA  
JEANE TAVARES FERREIRA SILVA ESCRIVENTE 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  
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 15/05/2017 04:47

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

+ Paciente, vítima de queda de moto com lesão  
 em: Noção de Apresentação dos membros inferiores e coxa  
 E. Noção de lesões simétricas

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

A - sem lesões físicas B - toco estável, simétrico  
 C - sem sangramento ativo D - espargido  
 E - notado no ponto de fratura e lesões físicas, simétricas

Diag. Provisório:

Fr. exposta do punho E  
 - A Ortopedia

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data

Horário

15/05/17	(1) Capoteira 2g EV	OK
	(2) Tmamel 100mg + 100mg	OK
	8h 0,97 EV.	
	(3) Alk. de lin. Gual	
	(4) A Ortopedia	

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: ANTONIO JOSÉ DOS SANTOS

Nº Registro: 298281

Clínica: 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

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR 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  
SÉRVIO TÚLIO FETTERO  
CRM-PE 7523

15 MAIO 2017

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Antonio José da Silva

Nº do Registro:

Clínica: ortopedia

Nº do Leito

Operador: Dr. Luiz Antônio

1º Assistente: Dr. Alex Roberto R.

2º Assistente: G. Lívio Filho R.

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

frx. Transversária hum. (6)

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

Tratamento cirúrgico de frx. Transversária hum.

Operação Realizada:

A mesma

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) Paciente em DDM sob anestesia + antiespasmódicos + aplicação de campo antiseptico
- (2) Incisão em fra lateral de fra proximal + dissecção pl. profunda + visualização fra de fratura ex. e abdo. aberto + enclavamento + redução momentânea
- (3) Fixação de placa proximal 135° sob fluoroscopia
- (4) Enclavamento de frx. distal
- (5) Suturas pl. profunda
- (6) Curativo
- (7) Enclavamento proximal de frx. distal

Sérgio Túlio M. Fim  
Ortopedia Residência  
CRM 100.000

28 JUN 1997





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

## 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

Setor de arquivo (same)

Alexsandro da Silva Araújo  
Setor de Arquivo - SAME do HRA

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

Indaialópolis - P. 55000-000

Caruaru - PE

HRA (same) Fone: (81) 3719.9346.



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

### RESUMO DE ALTA

4202

Nome: ANTONIO JOSE DO SANTO

Prontuário: 298281

Data: 15 / 05 / 17

Hora: 04:42

#### DIAGNÓSTICO:

FraT. Traumatológica + Diagnóstico de fratura (t)

#### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

do ambulatório de ortopedia (MRS)

class 27.

16-08-17 Dr. Vilton Barros Gomes

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento cirúrgico (osteossíntese)

Alta Hospitalar: Data: 30 / 06 / 17

paciente recebeu alta hospitalar com orientações de Dr. Paulo Gomes com analgésicos, antibióticos e curativo de alta.

HRA  
Data:  
Hora:  
Dr:  
Hora:

Sérvio Túlio M. Firmino  
Ortopedia Residente  
CRM-PE: 25759

30 JUN 2017

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo

RECEITUÁRIO

Unidade: \_\_\_\_\_  
Nome: Antonio José da  
Santos Registro Nº: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

Paciente com  
história de acidente  
de moto  
em 14/5/2017.  
Fract. fechada e  
dispositivo fixado e  
operado. Paciente  
no super controle  
em dos referidos  
frentes. Boa ext.  
pelos. JADM pelo  
em  $\pm 45^\circ$  sobre  
N. p/ fim de  
direção

21/3/2018  
Data

Nilton Pereira de Barros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10660  
Médico - CRM

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

RECEITUÁRIO

Unidade: Autismo  
Nome: Paulo  
Registro Nº: Santos  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

Paciente vítima  
de acidente de  
moto. Fratura  
em diáfise do  
fêmur E. e do  
fêmur E. fix.  
est. draphe. pite-  
no mto, no  
funel. pite, pite  
diapise, pite  
pl. do fêmur E.  
diminuindo apl-  
tudo novamente  
fêmur E. + not-  
auls. fraturas  
16/07/2017 2094

Data: \_\_\_\_\_ Médico - CRM

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

1º Lugar

2º Concurso 89

RECEITUÁRIO

Unidade: Autismo  
Nome: Paulo  
Registro Nº: Santos  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

Paciente vítima  
de acidente de  
moto em 14/5/2017.  
Fract. exp. fêmur E.  
fixado com a  
placa em draphe  
fêmur E. pite  
para pite E.  
↓ ADM pite E.  
Em trat. amb.  
+ fraturas  
fêm. N. 1075 P/  
fêm. do bento  
2094

Data: 14/11/2017

Dr. Nitton Pereira  
Ortopedia Traumatologia  
CRM - 10660  
Médico - CRM

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

1º Lugar

2º Concurso 89



## RELATÓRIO PERICIAL

*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 – HISTORIA 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

*Françoize Nunes Fernandes*



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que, o (a) Senhor (a) ANTÔNIO JOSÉ DOS SANTOS  
Portador (a) do RG: 7468295 SAS-PE e CPF: 064237864-96,  
residente e domiciliado (a) à (no)  
RUA MISS. INETE SOARES, Nº 162,  
Bairro: PLANALTO, S.J. EGITO - PE, deu entrada  
nesta unidade hospitalar, no dia 14/05/2017 vítima de acidente  
MOTOCICLISTICO, 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

UNIVERSIDADE  
FACULDADE DE MEDICINA

Cod. Paciente: 3398

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

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

Confere com o original

Data 09/11/18

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

QUEIXA PRINCIPAL

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente com história de acidente de moto há 40 min, alcoolizado, ferimentos de corpo. Apresenta ferimento profundo com joelho exposto do lado esquerdo. Ferimento de mão e parte da coxa esquerda. Glasgow 15.

PA: 110x80 mmHg  
AR: 14x21 mm AMT, 21 RA

SpO2 99% ao ar ambiente

FC: 103 bpm

ABD: plano, flácido, indolente à palpação.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1) Ceftriaxona 2g + AD EV
- 2) VAT 01 AMP IM
- 3) Gramol 01 AMP + 100 ml SFG 9% EV
- 4) Limpeza e imobilização.
- 5) RX de quadril e perna e
- 6) SAT 5000 UI IM.
- 7) Sutura e curativo com bandagem D
- 8) Dipirona 01 AMP + AD EV
- 9) Morfina 01 AMP + 4 ml AD.
- 10) Feijão 2ml de solução.

10 SUD

Dr. Felipe Figueiredo  
Médico  
CRM PB: 10437 / CREMEPE 25253

HRA: 3163591 23:50. Realizado passagem de SUD  
Ana Paula do S. Pereira  
Enfermeira



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**POLÍCIA 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)	SALÁRIO (HORA)	F.G.T.S.	TOTAL DE VANTAGENS	TOTAL DE DESCONTOS	
\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$4,537.03	\$1,293.63	
BASE (INSS / IPSEP)	BASE (IMP.RENDA)	MARGEM CONSIGNÁVEL	LÍQUIDO	***** \$3,243.40	
\$4,290.63	\$4,290.63	\$691.53			

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](http://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

**ANTONIO JOSE DOS SANTOS**

Nascimento

**11/03/1978**

