

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 GILVANILDA LOPES DA SILVA inscrito (a) no CPF 680.496.414, 49
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCELO RICARDO ALVARES SANTOS inscrito
(a) no CPF sob o Nº 013.646.414, 08 do sinistro de DPVAT cobertura IN VALOR 2 da Vítima
MARCELO RICARDO ALVARES SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.646.414, 08 conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios;

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA EUGÊNIO CORDEIRO DE SOUZA</u>		Número <u>19</u>	Complemento <u>CASA</u>
Cidade <u>VILA KENNEDY</u>	Cidade <u>CANAU</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.036-280</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)	
		<u>(31) 97447-7754</u>	

CANAU 14 de MAIO de 2019
Local e Data

X Gilvanilda Lopes da Silva
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Bos Vista - CEP 50.050-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

PRESTESERVIÇOS NOTARIAIS: 0800 022 81 89 | www.serviciodenotario.com.br | Para obter o valor do imposto de selo consultar o site.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 81 89 / Outras regiões: 0800 022 81 89

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

Eu, ELIELSON FERREIRA DOS SANTOS

RG nº 9602002

data de expedição 13 / 11 / 2012

Órgão SDS-PE

portador do CPF nº 703.84.884-36

com domicílio na cidade de CARUARU

no Estado de

PERNAMBUCO

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Hipólito Costa - CENTRO

nº 173

complemento APTº 01

deciro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES

cujo o condutor era

MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES

Veículo: MOTO HONDA CB Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: F6Q 9645 Chassi: 9C2KCE1650KR015627

Data do Acidente: 13 / 12 / 2013



Local e Data: Caruaru, 08 de maio de 2014

Elilson Ferreira dos Santos

Assinatura do Declarante

Marcelo Ricardo Almeida Soares

Assinatura do Condutor

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

05.802.434/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2013

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



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU
RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:
ELIELSON FERREIRA DOS SANTOS
seio Nº 6077973, ACT04201903.02165
do(a) CARUARU, 08-05-2014 09:13:11 km test da verdade.

Marcelo Ricardo Almeida Soares

Assinatura do Condutor



Sinal R\$3,99 TETR R\$30,00 Sem R\$30,00 Foneg R\$3,00 Tel R\$4,00 PP Op. S&B.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITACAO

Nome
 MARTINS RICARDO MARQUES SOARES

Endereço
 RUA JOAO DE DEUS, 100 - FLORESTA
 01224-000 SP

CPF
 012.224.000-00

Profissão
 ENFERMEIRO

Nome da Mãe
 MARIA APARECIDA SOARES

Local de Nascimento
 LIMA, PARANA

Assinatura


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável

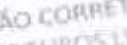

Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável

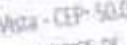

Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável


Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

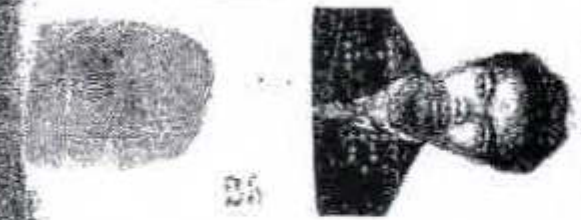
Ass

16 MAI 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUNEL



Gilvanildo José da Silva

SIGNATÓRIA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3921209

DATA DE EXPIRAÇÃO 05-08-1986

GILVANILDO JOSÉ DA SILVA

PAI José Manoel da Silva e
MÃE Maria do Socorro da Silva

CARUARU-PE

DATA DE NASCIMENTO 19-09-1969

C. Nte. 115 315, fls. 61V, liv. 78/A,
Bartorio 1º Zona Caruaru-PE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 1.110 DE 1968

FICHA CADASTRAL

CPF: 880498414-49

Nome: GILVANILDO JOSÉ DA SILVA

Nascimento: 19/09/69

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Endereço:

R A 01, 19 - VL KENNEDY

55000-000 CARUARU - PE

ATENÇÃO: Para maior proteção do seu cartão, dobre

Confira cuidadosamente seus dados cadastrais. Mantenha seu endereço sempre atualizado. Para qualquer alteração, compareça a uma Agência de Correio munido deste Cartão, de sua identidade e Título Eleitoral. Isto não lhe trará qualquer despesa adicional.

Secretaria da Receita Federal

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL. E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 01372885517

ALICOTADO ANTERIOR DO VEICULO

PLACA DO VEICULO

703 811 804-35

PROTEÇÃO

RECEBIMOS DO VEICULO

PLACA DO VEICULO

703 811 804-35

28/14901

DETRAN

2014

1. XEVA 2014 UNICAP

2014

V. 1

2014

A. 1

2014

SECURE 1MX1

2014

SECURE 1MX1

2014

SECURE 1MX1

2014

SECURE 1MX1

2014

SECURE 1MX1

2014

PE Nº 01372885517

ALICOTADO ANTERIOR DO VEICULO

PLACA DO VEICULO

703 811 804-35

PROTEÇÃO

RECEBIMOS DO VEICULO

PLACA DO VEICULO

703 811 804-35

28/14901

DETRAN

2014

1. XEVA 2014 UNICAP

2014

V. 1

2014

A. 1

2014

SECURE 1MX1

2014

SECURE 1MX1

2014

SECURE 1MX1

2014

SECURE 1MX1

2014

SECURE 1MX1

2014

ESTE É O SEU ALICOTADO DO SECURE DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 032 1804

55.802.454/0001-11
CNPJ DO SEGURADOR
55.802.454/0001-11
CNPJ DO SEGURADOR
55.802.454/0001-11
CNPJ DO SEGURADOR

55.802.454/0001-11

55.802.454/0001-11

55.802.454/0001-11

55.802.454/0001-11

55.802.454/0001-11

55.802.454/0001-11

55.802.454/0001-11

55.802.454/0001-11

55.802.454/0001-11

55.802.454/0001-11

SECURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.000.000/0001-01

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326798 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO PÁG. 02 "CLAVÍCULA DIREITA" 06 "CLAVÍCULA ESQUERDA" // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326798 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES **Data do acidente:** 13/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO PÁG. 02 "CLAVÍCULA DIREITA" 06 "CLAVÍCULA ESQUERDA" // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:

Nome: Marcelo Ricardo Almeida Soares
brasileiro (a), estado civil: casado, profissão: _____
RG nº 6776319 SDS-PE, CPF/MF nº 013.646.744-08, com
endereço residencial na Rua Turbante, 06 - Nicha - A. Dux -
Zona Rural - Camamu - PE.

OUTORGADO:

Nome: Gilvanildo José da Silva
brasileiro (a), estado civil: solteiro, RG nº 3921009
CPF/MF nº 680.496.414-49, com endereço residencial na
Rua Antônio Corrêa de Souza, nº 19 - Kennedy -
Camamu - PE.

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório -
DPVAT, por natureza INVALÍDEZ da Vítima
Marcelo Ricardo Almeida Soares CPF 013.646.744-08 e
cujo Sinistro ocorrido no dia 13.12.2013.

Camamu, 29 de abril de 2019.



NO VERSO

Marcelo Ricardo Almeida Soares
Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

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



MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES

url: N° 0077073.P8104201902.04623

dom fé- CARUARU, 29/04/2019 13:12:05 Em teste da verdade.



Joazele Geni e Silva



Envolução: R\$3,99 Total: R\$4,79 GS. Co. 0007

Experiments 4 months after the end of the study were conducted with the same participants. The results of the experiments are discussed in the next section.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CONCRETORA
DE SEGURANÇA LTDA.

15월 7일

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0164108/19

Vítima: MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES

CPF: 013.646.744-08

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/12/2018

Titular do CPF: MARCELO RICARDO
ALMEIDA SOARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GILVANILDO JOSE DA SILVA : 680.496.414-49

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

MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES : 013.646.744-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/05/2019
Nome: GILVANILDO JOSE DA SILVA
CPF: 680.496.414-49

GILVANILDO JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326798

Vítima: MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES

Data do Acidente: 13/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILVANILDO JOSE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326798

Vítima: MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES

Data do Acidente: 13/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GILVANILDO JOSE DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 013.646.744-08 Nome completo da vítima: MARCELO RICARDO ALMEIDA SARES

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

Nome completo: MARCELO RICARDO ALMEIDA SARES CPF: 013.646.744-08

Profissão: RECUSO INFORMAR Endereço: RUA TURQUEZA Número: 06 Complemento: 65A

Bairro: RECUSO INFORMAR Cidade: CANAVIEIROS Estado: PE CEP: 55000-000

E-mail: _____ Tel. (DDD) _____ (081) 77449.7954

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: 0260 0 CONTA: 35747 9

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____

Local e Data: CANAVIEIROS, 14.05.2019

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO: Marcelo Ricardo Almeida Sares

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Procurador (se houver): Gilsonildo Freire da Silva

Assinatura da Representante Legal (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: 05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

15 MAI 2019

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C

Bom Vista - CEP 50.060-010

081 77449.7954

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179001092**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/05/2019** às **10:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, AVENIDA NAZARÉ DA MATA - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ELIELSON FERREIRA DOS SANTOS (OUTRO)
MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES (VITIMA)
WEDJA MONTEIRO DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUZIA ALMEIDA SOARES Pai: MANOEL SOARES SOBRINHO Data de Nascimento: 27/1/1986 Naturalidade: TABIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6976319/SDS/PE (RG), 01364674408 (CPF), 1024025943 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ENCANADOR(A) Telefones Celulares: - 993127323

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 06, RUA TURQUESA, LOTEAMENTO XIQUE XIQUE - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

WEDJA MONTEIRO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ROSILENE ANGELINA DA SILVA LIMA Pai: DANIEL MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 21/10/1991 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8570950/SDS/PE (RG), 09660479409 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares: - 993127323

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 06, RUA TURQUESA, LOTEAMENTO XIQUE XIQUE - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

5.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
16 MAI 2019
Rua da Aurora, 101/175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

ELIELSON FERREIRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: RUA HIPOLITO COSTA, 173 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAIUCA - CARUARU/PERNAMBUCO /BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 01 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIELSON FERREIRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: Não

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGQ9645** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **599943750** Chassi: **9C2KC1650ER015627**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA (MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES) QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA 01 PELA AVENIDA XIQUE XIQUE QUANDO UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA PASSOU POR UM CRUZAMENTO DE VEZ, OCASIONANDO A SUA QUEDA E DE SUA COMPANHEIRA DE CIMA DA MOTOCICLETA 01. RELATA A VÍTIMA QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA 02 EVADIU-SE DA LOCALIDADE SEM PRESTAR SOCORRO. INFORMA A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU JUNTO COM A SUA COMPANHEIRA, CONFORME DECLARAÇÃO (NÚMERO 1812131148) EMITIDA PELO SENHOR TIAGO ACIOLI (COORDENADOR DO SAMU), PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE CONFORME CÓPIAS DE DOCUMENTOS (PRONTUÁRIO N° 330574 E ATENDIMENTO NN° 470038 REFERENTE A VÍTIMA MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES E PRONTUÁRIO N° 330575 E ATENDIMENTO N° 470039 REFERENTE A VÍTIMA WEDJA MONTEIRO DE LIMA) ONDE CONSTAM QUE AS VÍTIMAS DERAM ENTRADA NAQUELE NOSOCÔMIO VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Marcelo Ricardo Almeida Soares
MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES
(VITIMA)
Wedja Monteiro de Lima
WEDJA MONTEIRO DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO BERNARDO NETO** - Matrícula: **296958-0**



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

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

03/05/2019 14

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

013.646.744-08

Nome completo da vítima:

MARCELO RICARDO ALMEIDA SARES

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

Nome completo:

MARCELO RICARDO ALMEIDA SARES

Profissão:

RECUSO INDEFINIDO

Endereço:

RUA TURQUESA

Bairro:

QUADRA 1001 - ZONA RURAL

Cidade:

CANAMU

Estado:

PE

CPF:

013.646.744-08

Número:

06

Complemento:

ASA

CPF:

55.000-000

Tel. (DDD):

(011) 77449.7954

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

RENTA MENSAL:

☒ 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

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0260

0

CONTA:

35747

9

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Sepado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 219 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

CANAMU, 14.05.2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura

16 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
CITE-PE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



**SAMU
192**



CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **MARCELO RICARDO ALMEIDA SOARES** portador do CPF-013.646.744-08 e RG - 6.976.319 SDS-PE que consta nos registros de ocorrências Nº1812131148 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia 13/12/2018 às 17h e 39m, no endereço **AVENIDA NAZARÉ DA MATA, ACESSO AO XIQUE XIQUE, CARUARU-PE**, com queixa de **COLISÃO MOTO X MOTO**, tendo sido enviada uma **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo o mesmo transportado para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

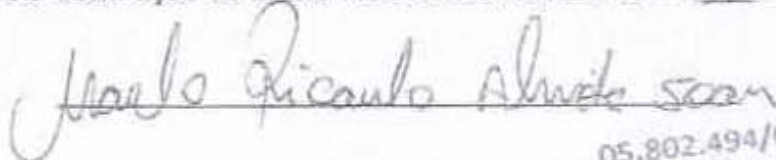
De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 03 de Janeiro de 2019


Carlos Tiago Acioli

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 03/01/19


Marcelo Ricardo Almeida Soares

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1º MAI 2019

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

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE