



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para maiores esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, CHARLES ROTHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA,

RG nº 49.161.6388 data de expedição 02/04/19,

Órgão SSP SP, portador do CPF nº 400.199.568-94,

com domicílio na cidade de BUENOS AIRES, no Estado de

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

Rua da Manga, Zona Rural, Buenos Aires - PR, nº S/N,

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

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

Charles Rother Santa Rosa de Oliveira, cujo o condutor era

CHARLES ROTHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA Fazer XTZ 250 Ano: 2011 / 2013

Placa: PF 0-8730 Chassi: 3C6K60210D0054615

Data do Acidente: 12/05/19.

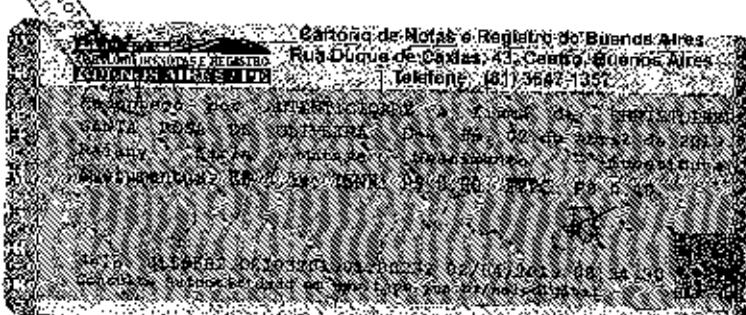
Local e Data: Buenos Aires 02/04/19



Assinatura do Declarante

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

34 JUL 2019



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA,

RG nº 49.551.5388, data de expedição 02/04/19,

Órgão SSP SP, portador do CPF nº 400.199.568-94,

com domicílio na cidade de BUENOS AIRES, no Estado de

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

Rua da Manga, Zona Rural, Buenos Aires - PE, nº 5/N,

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

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

Alberto Correia da Silva, cujo o condutor era

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA/lander XTZ 250 Ano: 2012/2013

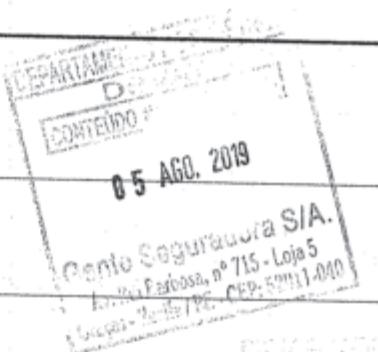
Placa: PGD-8790 Chassi: 9C6KG0210D0054615

Data do Acidente: 12/05/19.

Local e Data: Buenos Aires 02/04/19

Christopher Santa Rosa de Oliveira

Assinatura do Declarante



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

04 JUL. 2019

Gente Segurança SIA
Av. Rio Branco, nº 112 - Bairro 5
Guarapari - ES - CEP: 29300-000

Cartório de Notas e Registro de Buenos Aires
CARTÓRIO DE NOTAS E REGISTRO
BUENOS AIRES/PE
Rua Duque de Caxias, 43, Centro, Buenos Aires
Telefone: (81) 3647-1357

Reconhecido por AUTENTICIDADE a firma da(s) CHRISTOPHER
SANTA ROSA DE OLIVEIRA, Doc. nº: 02 de abril de 2019.
Raiany Karla Matias Nascimento - Substituta
Emolumentos: R\$ 3,59; TCR: R\$ 0,80; FERC: R\$ 0,40.

Sele: 0159582.02103201901.00232 02/04/2019 08:34:30
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital



1. Hora do chamamento	2. Chama ao local	3. Endereço local	4. Hora da chegada	5. Hora de alta do hospital
6. Motivo/Solicitação	7. Data	8. VEN	9. Radioterapeuta	10. Moto
9. Tipo de resgate	11. 1. Doméstica	12. 2. Via Pública	13. 3. Ambulância do Bairro	14. 4. S.A.D
10. Médico regulador	15. 1. Doméstica	16. 2. Via Pública	17. 3. Ambulância do Bairro	18. 4. S.A.D
12. Paciente	19. 1. Solteiro	20. 2. Casado	21. 3. Solteira	22. 4. Casado
15. Gênero do resgate	23. 1. Masculino	24. 2. Feminino	25. 3. Solteiro	26. 4. Casado
17. Endereço	27. 1. Sim	28. 2. Não	29. 3. Solteira	30. 4. Casado
18. Outro	31. 1. Sim	32. 2. Não	33. 3. Solteiro	34. 4. Casado
21. Zona	35. 1. Urbana	36. 2. Rural	37. 22. Referência	38. 23. Município
23. Local de ocorrência	39. 1. Via Pública	40. 2. Doméstica	41. 24. 1. Ambulância	42. 25. 1. Cílico
24. 1. Via Pública	43. 2. Bairro	44. 3. Ambulância	45. 2. Radioterapeuta	46. 3. Clínico
24. 2. Doméstica	45. 4. Não	46. 5. Outro	47. 4. Radioterapeuta	48. 5. Pediatra
25. Tipo de vítima	48. 6. Passageiro	49. 7. Motorista	50. 6. Radioterapeuta	51. 7. Clínico
1. Passageiro	51. 8. Passageiro	52. 9. Motorista	53. 7. Radioterapeuta	54. 8. Pediatra
2. Condutor	54. 9. Passageiro	55. 10. Motorista	56. 8. Radioterapeuta	57. 9. Clínico
3. Passageiro condutor em local indeterminado	57. 11. Passageiro	58. 12. Motorista	59. 9. Radioterapeuta	60. 10. Pediatra
29. Natureza da ocorrência	61. 12. Passageiro	62. 13. Motorista	63. 10. Radioterapeuta	64. 11. Clínico
30. 1. Colisão automóveis	64. 13. Passageiro	65. 14. Motorista	66. 11. Radioterapeuta	67. 12. Pediatra
30. 2. Alcoolemico	67. 15. Passageiro	68. 16. Motorista	69. 11. Radioterapeuta	70. 12. Clínico
30. 3. Choque com objeto fixo	71. 17. Passageiro	72. 18. Motorista	73. 11. Radioterapeuta	74. 12. Pediatra
30. 4. Choque com objeto móvel	74. 19. Passageiro	75. 20. Motorista	76. 11. Radioterapeuta	77. 12. Clínico
31. Uso de bebida alcoólica	77. 21. Passageiro	78. 22. Motorista	79. 11. Radioterapeuta	80. 12. Pediatra
32. 1. Sim	81. 22. Não	82. 23. Não	83. 24. Não	84. 25. Não
32. 2. Não	85. 26. Não se aplica	86. 27. Não	87. 28. Não	88. 29. Não se aplica
33. Intoxicado alcoólico	89. 29. Não se aplica	90. 30. Não	91. 31. Não	92. 32. Não se aplica
33. 1. Álcool	93. 33. Não se aplica	94. 34. Não	95. 35. Não	96. 36. Não se aplica
33. 2. Drogas ilícitas	96. 37. Não se aplica	97. 38. Não	98. 39. Não	99. 40. Não se aplica
33. 3. Animais peçonhentos	100. 41. Não se aplica	101. 42. Não	102. 43. Não	103. 44. Não se aplica
34. Agravos	103. 45. Não se aplica	104. 46. Não	105. 47. Não	106. 48. Não
34. 1. Arma de fogo	106. 49. Não se aplica	107. 50. Não	108. 51. Não	109. 52. Não
34. 2. Arma branca	110. 53. Não se aplica	111. 54. Não	112. 55. Não	113. 56. Não
34. 3. Arma estrela	114. 57. Não se aplica	115. 58. Não	116. 59. Não	117. 60. Não
34. 4. Outros	118. 61. Não se aplica	119. 62. Não	120. 63. Não	121. 64. Não
35. Motivação de suicídio	122. 65. Não se aplica	123. 66. Não	124. 67. Não	125. 68. Não
35. 1. Sim	126. 69. Não se aplica	127. 70. Não	128. 71. Não	129. 72. Não
35. 2. Não	130. 73. Não se aplica	131. 74. Não	132. 75. Não	133. 76. Não
36. Sintomas	134. 77. Não se aplica	135. 78. Não	136. 79. Não	137. 80. Não
36. 1. Atordoado	138. 81. Não se aplica	139. 82. Não	140. 83. Não	141. 84. Não
36. 2. Atordoado	142. 85. Não se aplica	143. 86. Não	144. 87. Não	145. 88. Não
36. 3. Atordoado	146. 89. Não se aplica	147. 90. Não	148. 91. Não	149. 92. Não
36. 4. Atordoado	150. 93. Não se aplica	151. 94. Não	152. 95. Não	153. 96. Não
36. 5. Atordoado	154. 97. Não se aplica	155. 98. Não	156. 99. Não	157. 100. Não
37. Uso de medicamento	158. 101. Não se aplica	159. 102. Não	160. 103. Não	161. 104. Não
37. 1. Sim	162. 105. Não se aplica	163. 106. Não	164. 107. Não	165. 108. Não
37. 2. Não	166. 109. Não se aplica	167. 110. Não	168. 111. Não	169. 112. Não
38. Sintomas mentais	170. 113. Não se aplica	171. 114. Não	172. 115. Não	173. 116. Não
38. 1. Normal	174. 117. Não se aplica	175. 118. Não	176. 119. Não	177. 120. Não
38. 2. Pânico	178. 121. Não se aplica	179. 122. Não	180. 123. Não	181. 124. Não
38. 3. Obsessão	182. 125. Não se aplica	183. 126. Não	184. 127. Não	185. 128. Não
38. 4. Ansioso	186. 129. Não se aplica	187. 130. Não	188. 131. Não	189. 132. Não
39. Alterações mentais	190. 133. Não se aplica	191. 134. Não	192. 135. Não	193. 136. Não
39. 1. Sim	194. 137. Não se aplica	195. 138. Não	196. 139. Não	197. 140. Não
39. 2. Não	198. 141. Não se aplica	199. 142. Não	200. 143. Não	201. 144. Não
40. Sintomas mentais	204. 145. Não se aplica	205. 146. Não	206. 147. Não	207. 148. Não
40. 1. Sim	208. 151. Não se aplica	209. 152. Não	210. 153. Não	211. 154. Não
40. 2. Não	212. 155. Não se aplica	213. 156. Não	214. 157. Não	215. 158. Não
41. Sintomas mentais	216. 159. Não se aplica	217. 160. Não	218. 161. Não	219. 162. Não
41. 1. Sim	220. 163. Não se aplica	221. 164. Não	222. 165. Não	223. 166. Não
41. 2. Não	224. 167. Não se aplica	225. 168. Não	226. 169. Não	227. 170. Não
42. Sintomas mentais	228. 171. Não se aplica	229. 172. Não	230. 173. Não	231. 174. Não
42. 1. Sim	232. 175. Não se aplica	233. 176. Não	234. 177. Não	235. 178. Não
42. 2. Não	236. 179. Não se aplica	237. 180. Não	238. 181. Não	239. 182. Não
43. Sintomas mentais	240. 183. Não se aplica	241. 184. Não	242. 185. Não	243. 186. Não
43. 1. Sim	244. 187. Não se aplica	245. 188. Não	246. 189. Não	247. 190. Não
43. 2. Não	248. 191. Não se aplica	249. 192. Não	250. 193. Não	251. 194. Não
44. Sintomas mentais	252. 195. Não se aplica	253. 196. Não	254. 197. Não	255. 198. Não
44. 1. Sim	256. 199. Não se aplica	257. 200. Não	258. 201. Não	259. 202. Não
44. 2. Não	260. 203. Não se aplica	261. 204. Não	262. 205. Não	263. 206. Não
45. Sintomas mentais	264. 207. Não se aplica	265. 208. Não	266. 209. Não	267. 210. Não
45. 1. Sim	268. 211. Não se aplica	269. 212. Não	270. 213. Não	271. 214. Não
45. 2. Não	274. 215. Não se aplica	275. 216. Não	276. 217. Não	277. 218. Não
46. Sintomas mentais	278. 219. Não se aplica	279. 220. Não	280. 221. Não	281. 222. Não
46. 1. Sim	282. 223. Não se aplica	283. 224. Não	284. 225. Não	285. 226. Não
46. 2. Não	286. 227. Não se aplica	287. 228. Não	288. 229. Não	289. 230. Não
47. Alterações mentais	290. 231. Não se aplica	291. 232. Não	292. 233. Não	293. 234. Não
47. 1. Sim	294. 235. Não se aplica	295. 236. Não	296. 237. Não	297. 238. Não
47. 2. Não	298. 240. Não se aplica	299. 241. Não	300. 242. Não	301. 243. Não
48. Alterações mentais	302. 244. Não se aplica	303. 245. Não	304. 246. Não	305. 247. Não
48. 1. Sim	306. 249. Não se aplica	307. 250. Não	308. 251. Não	309. 252. Não
48. 2. Não	310. 253. Não se aplica	311. 254. Não	312. 255. Não	313. 256. Não
49. Alterações mentais	314. 257. Não se aplica	315. 258. Não	316. 259. Não	317. 260. Não
49. 1. Sim	318. 261. Não se aplica	319. 262. Não	320. 263. Não	321. 264. Não
49. 2. Não	322. 265. Não se aplica	323. 266. Não	324. 267. Não	325. 268. Não
50. Alterações mentais	326. 270. Não se aplica	327. 271. Não	328. 272. Não	329. 273. Não
50. 1. Sim	330. 274. Não se aplica	331. 275. Não	332. 276. Não	333. 277. Não
50. 2. Não	334. 278. Não se aplica	335. 279. Não	336. 280. Não	337. 281. Não
51. Alterações mentais	338. 284. Não se aplica	339. 285. Não	340. 286. Não	341. 287. Não
51. 1. Sim	342. 289. Não se aplica	343. 290. Não	344. 291. Não	345. 292. Não
51. 2. Não	346. 294. Não se aplica	347. 295. Não	348. 296. Não	349. 297. Não
52. Alterações mentais	350. 298. Não se aplica	351. 299. Não	352. 300. Não	353. 301. Não
52. 1. Sim	354. 304. Não se aplica	355. 305. Não	356. 306. Não	357. 307. Não
52. 2. Não	358. 308. Não se aplica	359. 309. Não	360. 310. Não	361. 311. Não
53. Alterações mentais	362. 312. Não se aplica	363. 313. Não	364. 314. Não	365. 315. Não
53. 1. Sim	366. 318. Não se aplica	367. 319. Não	368. 320. Não	369. 321. Não
53. 2. Não	370. 322. Não se aplica	371. 323. Não	372. 324. Não	373. 325. Não
54. Alterações mentais	374. 326. Não se aplica	375. 327. Não	376. 328. Não	377. 329. Não
54. 1. Sim	378. 332. Não se aplica	379. 333. Não	380. 334. Não	381. 335. Não
54. 2. Não	382. 336. Não se aplica	383. 337. Não	384. 338. Não	385. 339. Não
55. Alterações mentais	386. 340. Não se aplica	387. 341. Não	388. 342. Não	389. 343. Não
55. 1. Sim	392. 346. Não se aplica	393. 347. Não	394. 348. Não	395. 349. Não
55. 2. Não	396. 350. Não se aplica	397. 351. Não	398. 352. Não	399. 353. Não
56. Alterações mentais	400. 354. Não se aplica	401. 355. Não	402. 356. Não	403. 357. Não
56. 1. Sim	406. 360. Não se aplica	407. 361. Não	408. 362. Não	409. 363. Não
56. 2. Não	410. 364. Não se aplica	411. 365. Não	412. 366. Não	413. 367. Não
57. Alterações mentais	414. 368. Não se aplica	415. 369. Não	416. 370. Não	417. 371. Não
57. 1. Sim	420. 374. Não se aplica	421. 375. Não	422. 376. Não	423. 377. Não
57. 2. Não	424. 378. Não se aplica	425. 379. Não	426. 380. Não	427. 381. Não
58. Alterações mentais	428. 382. Não se aplica	429. 383. Não	430. 384. Não	431. 385. Não
58. 1. Sim	434. 388. Não se aplica	435. 389. Não	436. 390. Não	437. 391. Não
58. 2. Não	438. 392. Não se aplica	439. 393. Não	440. 394. Não	441. 395. Não
59. Alterações mentais	442. 396. Não se aplica	443. 397. Não	444. 398. Não	445. 399. Não
59. 1. Sim	448. 402. Não se aplica	449. 403. Não	450. 404. Não	451. 405. Não
59. 2. Não	452. 406. Não se aplica	453. 407. Não	454. 408. Não	455. 409. Não
60. Alterações mentais	456. 410. Não se aplica	457. 411. Não	458. 412. Não	459. 413. Não
60. 1. Sim	462. 416. Não se aplica	463. 417. Não	464. 418. Não	465. 419. Não
60. 2. Não	466. 420. Não se aplica	467. 421. Não	468. 422. Não	469. 423. Não
61. Alterações mentais	470. 424. Não se aplica	471. 425. Não	472. 426. Não	473. 427. Não
61. 1. Sim	476. 430. Não se aplica	477. 431. Não	478. 432. Não	479. 433. Não
61. 2. Não	480. 434. Não se aplica	481. 435. Não	482. 436. Não	483. 437. Não
62. Alterações mentais	484. 438. Não se aplica	485. 439. Não	486. 440. Não	487. 441. Não
62. 1. Sim	492. 446. Não se aplica	493. 447. Não	494. 448. Não	495. 449. Não
62. 2. Não	496. 450. Não se aplica	497. 451. Não	498. 452. Não	499. 453. Não
63. Alterações mentais	500. 454. Não se aplica	501. 455. Não	502. 456. Não	503. 457. Não
63. 1. Sim	508. 462. Não se aplica	509. 463. Não	510. 464. Não	511. 465. Não
63. 2. Não	512. 466. Não se aplica	513. 467. Não	514. 468. Não	515. 469. Não
64. Alterações mentais	516. 470. Não se aplica	517. 471. Não	518. 472. Não	519. 473. Não
64. 1. Sim	524. 478. Não se aplica	525. 479. Não	526. 480. Não	527. 481. Não
64. 2. Não	528. 482. Não se aplica	529. 483. Não	530. 484. Não	531. 485. Não
65. Alterações mentais	532. 486. Não se aplica	533. 487. Não	534. 488. Não	535. 489. Não
65. 1. Sim	540. 494. Não se aplica	541. 495. Não	542. 496. Não	543. 497. Não
65. 2. Não	544. 498. Não se aplica	545. 499. Não	546. 500. Não	547. 501. Não
66. Alterações mentais	548. 502. Não se aplica	549. 503. Não	550. 504. Não	551. 505. Não
66. 1. Sim	556. 510. Não se aplica	557. 511. Não	558. 512. Não	559. 513. Não
66. 2. Não	560. 514. Não se aplica	561. 515. Não	562. 516. Não	563. 517. Não
67. Alterações mentais	564. 518. Não se aplica	565. 519. Não	566. 520. Não	567. 521. Não
67. 1. Sim	572. 526. Não se aplica	573. 527. Não	574. 528. Não	575. 529. Não
67. 2. Não	576. 530. Não se aplica	577. 531. Não	578. 532. Não	579. 533. Não
68. Alterações mentais	580. 534. Não se aplica	581. 535. Não	582. 536. Não	583. 537. Não
68. 1. Sim	588. 542. Não se aplica	589. 543. Não	590. 544. Não	591. 545. Não
68. 2. Não	592. 546. Não se aplica</			

UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUDRIANO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0008165

Prontuário: 00006679-6

Idade: 22 ANOS, 2 MESES E 23 DIAS

Nome: MOÍSES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Dt. Nasc.: 17/12/1996 Sexo: M Est. Civil:

Endereço: LAGO DO QITEIRO

CEP:

Cidade: BOENOS AIRES/PE

Bairro: ZONA RURAL

Nac:

Documento:

CNS: 898004515192363

Tel:

Mãe: JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA

Sisprenatal:

Profissão:

Pai:

Responsável:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
12/03/2019 09:14	0008165	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
10:08:00	1830	85	70	<i>Mauro Albertino Simão</i>

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

Queixa de moto.
trauma em perna
-D-
-Nx: fratura de tibia-

10:35
-Volutarreus lauf Tui
-Dipiridox lauf Tui
-Nx perna D. 12:35
-letimur 12:35
Mauro Albertino Simão
Coren-PB 19.446-04

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN	
	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada	
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada	
MÉDICO / BORM		
TÉCNICO / CONSELHO		
HORÁRIO		
	6/03/2019	
	10:35	
	12:35	

Data da impressão: Terça-feira, 12 de Março de 2019 às 09:14

Recepção: TATIANA KARLA

Número - S: 5638952

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



LAUDO MÉDICO

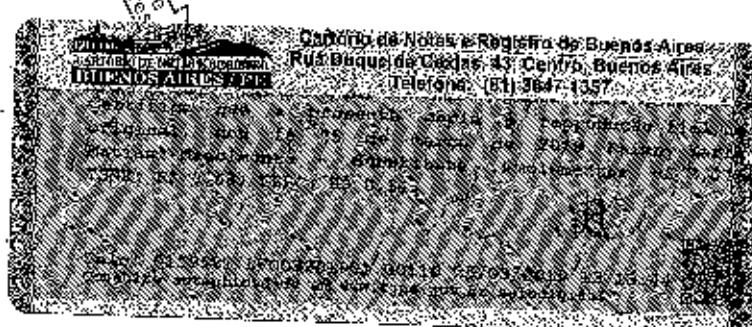
Declaro para os devidos fins, que o Sr. MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 12/03/2019 sofrendo FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO (RX TORNOZELO D AP E PERFIL), em tratamento conservador com imobilização gessada. No momento encontra-se impossibilitado de exercer sua função de origem (GARÇON) , devendo ficar afastado de suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia médica do INSS.

CID- S82.6

LIMOEIRO, 25/03/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730 / (81) 3628-7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



04 JUN 2009

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. MOISÉS ALBERTO CORREIA DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 12/03/2019 sofrendo FRATURA DA DIÁFISE DA FÍBULA DIREITA, em tratamento conservador com imobilização ortopédica.

LIMOEIRO, 22/04/2019

Dr. Roberto de Castro Costa

Ortopedia - Traumatologia

CRM: 11.730 / TECR: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



Rua Antônio Fernandes Salsa, 314 - José Fernandes Salsa - Limoeiro/PE

Fones: (81) 3628.6133 / 3628.4468 / 3628.0877 / 9.8151.9272

E-mail: col.fraturas@yahoo.com.br

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0008165

Prontuário: 00006679-6

Idade: 22 ANOS, 2 MESES E 23 DIAS

Nome: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Dt. Nasc.: 17/12/1996 Sexo: M Est. Civil:

Endereço: LAGO DO OITEIRO

CEP:

Cidade: BUENOS AIRES/PE

Nac:

Bairro: ZONA RURAL

Documento:

CNS: 898004515192363

Sisprenatal:

Mãe: JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA

Pai:

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
12/03/2019 09:14	0008165	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não-Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	500-295%	Pulso	Peso	Assinatura
	110160	FR30	85	70kg	Ademir Alves Monteiro COREN-PB 448.446-FAF

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

Queda de moto.

Dg 35

Voltever 1amp IML

Trauma em perna

Dipirona 1amp IML

D-

-re perna D- 85

Nx: fratura de tibia.

-Acetina 1amp IML

Nazare Albertina Simão
Coren-PB 448.446-FAF

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

ADM MEDICAMENTO:

 BÁSICO ESP

TÉCNICO / COREN

Encaminhado:

 CURATIVO NEBULIZAÇÃO RETIRADA DE PONTO

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data-saída:

Hora saída:

Data da impressão: Terça-feira, 12 de Março de 2019 às 09:14

Recepção: TATIANA KARLA

Número - S: 5638952

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Notas de
Buenos Aires/PE

LAUDO MÉDICO

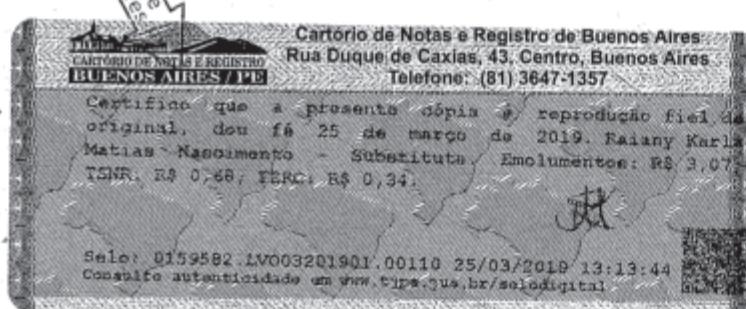
Declaro para os devidos fins, que o Sr. MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 12/03/2019 sofrendo FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO (RX TORNOZELO D AP E PERFIL), em tratamento conservador com imobilização gessada. No momento encontra-se impossibilitado de exercer sua função de origem (GARÇON) , devendo ficar afastado de suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia médica do INSS.

CID- S82.6

LIMOEIRO, 25/03/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730 / TOT: 7334

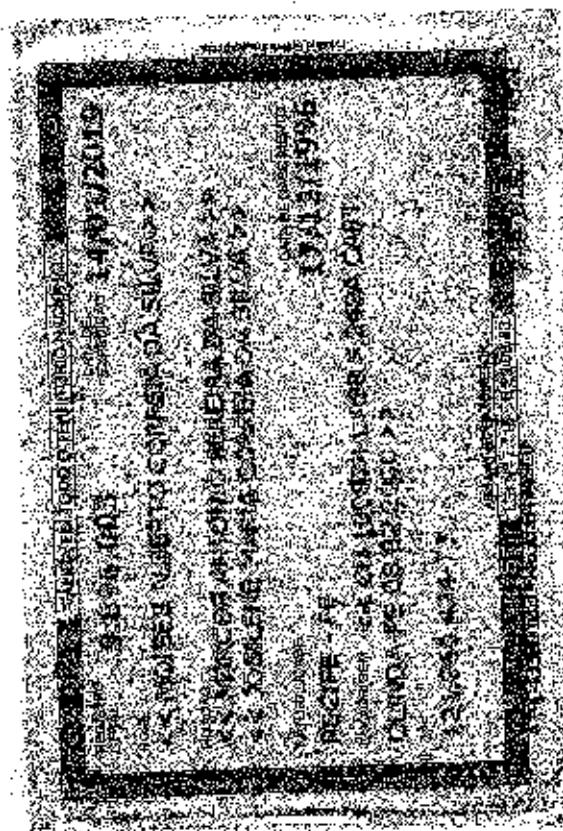
ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



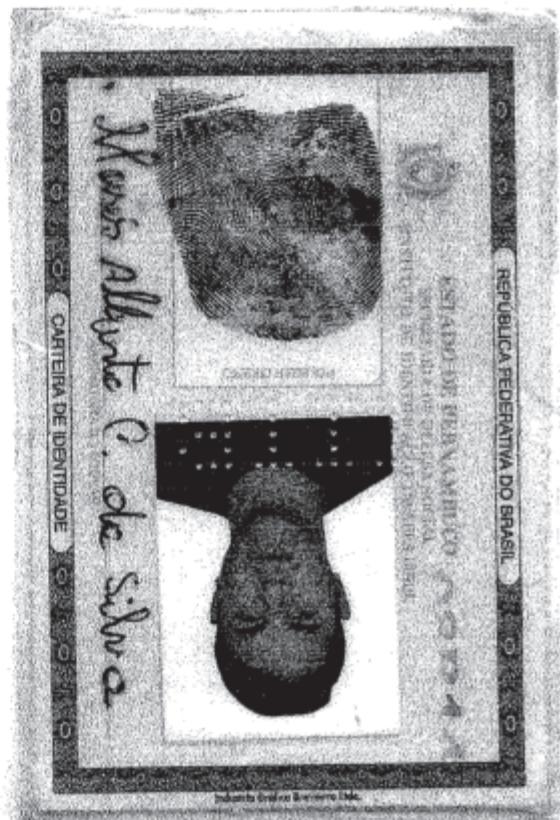
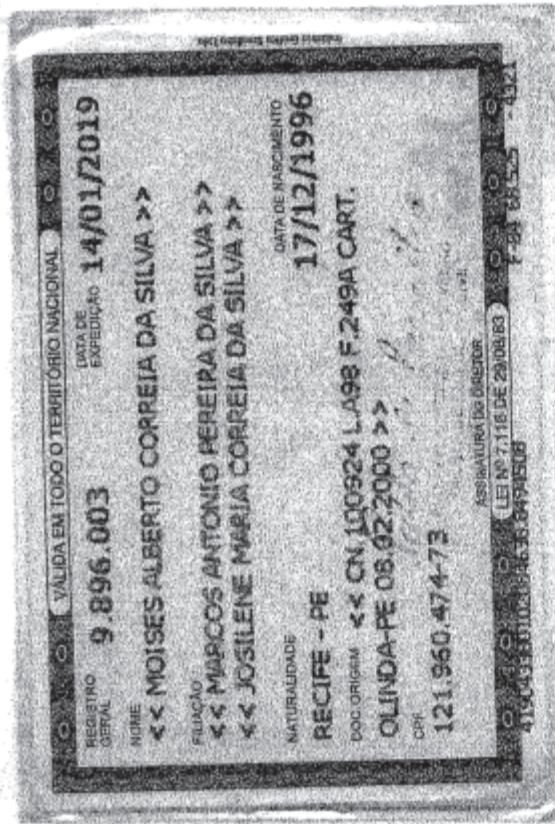
Rua Antônio Fernandes Salsa, 314 - José Fernandes Salsa - Limoeiro/PE

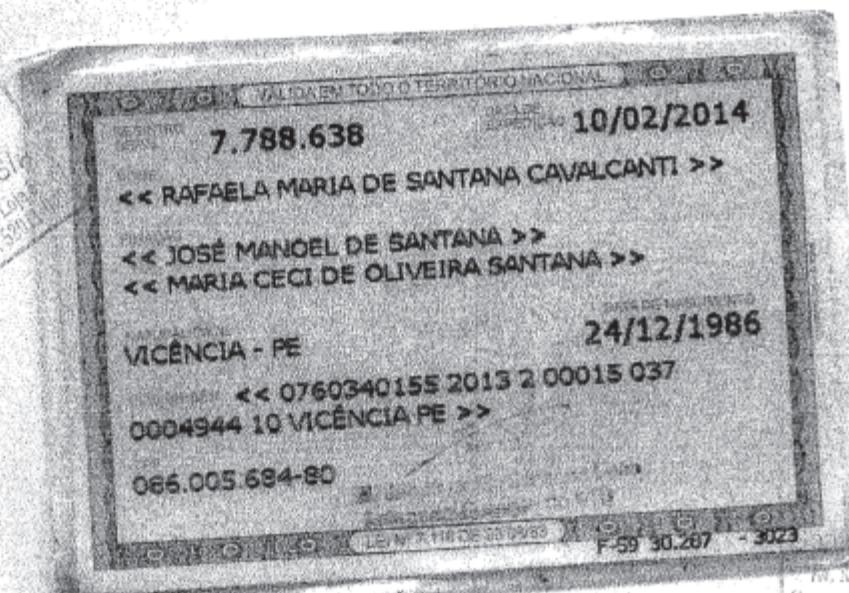
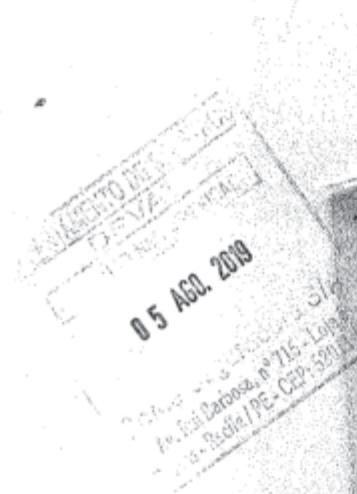
Fones: (81) 3628.6133 / 3628.4468 / 3628.0877 / 9.8151.9272

E-mail: col.fraturas@yahoo.com.br



86 NO. 260





AV. São Bernardo, 100
Graças - Recife / PE

卷之三

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

卷之三

94 JUL 2019



CERTIFICADO DE		REMITO		RECUERDO	
VA	COO BEHAVIOR	VA	REMITO	VA	RECUERDO
1	487362	1	55819	1	55819
CHRISTOPHER		ARTA ROXANNE GUILLET		CHRISTOPHER	
PA		REMITO		RECUERDO	
PA		400-133		400-133	
PA		1040000		1040000	
PA		P5D8790		P5D8790	
PA		CLASS		CLASS	
PA		55819		55819	

NUMBER

05 AGO. 2019

Gente ~~desgarrada~~
Av. Rui Barbosa, 1075-2
Belo Horizonte

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.210.665/0001-04

DEPARTMENT OF STANDARDS & CERTIFICATION

9.4.1991 201

321

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190462777
Nome do(a) Examinado(a): Moises Alberto Correia da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua do Nobre, 53
Lga do Oiteir Buenos Aires PE CEP: 55845-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9896003
Data local do acidente: [12/03/2019]
Data local do exame: [19/08/2019] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA FÍBULA DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 12/03/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA FÍBULA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO BOTA GESSADA POR 70 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA Perna DIREITA, EDEMA EM Perna DENOTANDO AUMENTO DE VOLUME DEVIDO AO TRAUMA DE PARTES MOLES, ALEM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

Data da Alta: 12/03/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA Perna DIREITA, EDEMA (2+/4+) EM Perna DENOTANDO AUMENTO DE VOLUME DEVIDO AO TRAUMA DE PARTES MOLES, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO EM 25°.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II

DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°

DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO EM 25°.

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462777 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA PERNAS DIREITA, EDEMA (2+/4+) EM PERNAS DENOTANDO AUMENTO DE VOLUME DEVIDO AO TRAUMA DE PARTES MOLES, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO EM 25°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO BOTA GESSADA POR 70 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO(50%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462777 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA Perna DIREITA, EDEMA (2+/4+) EM Perna DENOTANDO AUMENTO DE VOLUME DEVIDO AO TRAUMA DE PARTES MOLES, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO EM 25°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO BOTA GESSADA POR 70 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO(50%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190413217 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

P3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA 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: 3190462777 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PAG 3. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462777 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PAG 3. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190413217 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

P3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 9.896.003, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 121.960.474-73, residente na Rua dos Nobres, nº 53, Distrito de Lagoa do Outeiro, Buenos Aires/PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emílio, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de Indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires/PE/02 de abril de 2019

Outorgante: Moises Alberto E. da Silva



04.06.2019

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

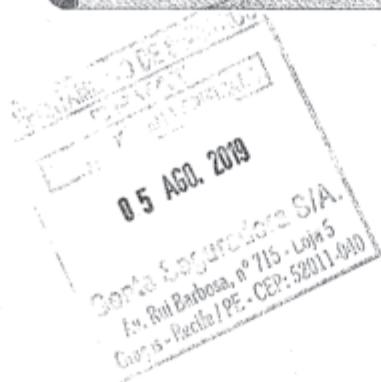
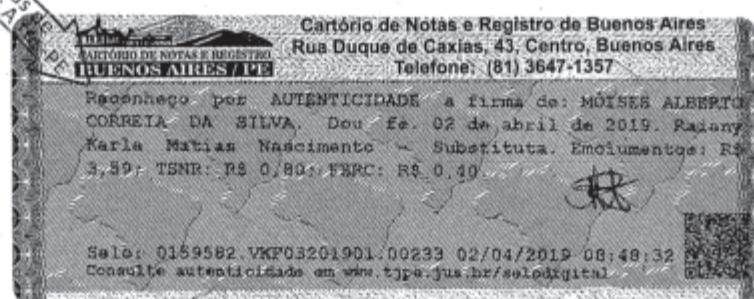
OUTORGANTE: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 9.896.003, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 121.960.474-73, residente na Rua dos Nobres, nº 53, Distrito de Lagoa do Outeiro, Buenos Aires/PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emílio, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires/PE/02 de abril de 2019.

Outorgante: Moisés Alberto E. da Silva



04 JUL. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265361/19

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

CPF: 121.960.474-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/03/2019

Titular do CPF: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA : 121.960.474-73

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/08/2019

Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

Data do cadastramento: 05/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226093/19

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

CPF: 121.960.474-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/03/2019

Titular do CPF: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA : 121.960.474-73

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/07/2019

Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

Data do cadastramento: 04/07/2019

Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190413217

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190413217

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462777

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190462777**

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001672-1

Conta: 0000013808-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

121.960.434-33

Nome completo da vítima:

Maíres Alberto Correia da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSP N° 445/2012

Nome completo:

Maíres Alberto Correia da Silva

CPF:

121.960.434-33

Profissão:

Endereço:

Rua do Nogueira

Número:

53

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Belo Horizonte

Estado:

PE

CEP:

355845-000

E-mail:

Tel. (DDP):

(31) 9-9216-2319

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

 REUSO 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 - ASSINAR UMA OPCIÃO DE CONTA

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

Nome do BANCO: Brasil

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1672

CONTA: 13.808

8

(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 ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 prasseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, encerrando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme a Lei 6.294/74, 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 SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

INVAL IDEF PERMANENTE

 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 herdeiro (s): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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 293 do Código Penal.

 * Assinatura de quem assina o RG
 Local e Data:
 Nome:
 CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura:

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 RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PARA SUA SEGURANÇA

ESTE CARTÃO ESTÁ BLOQUEADO
CASO O DESBLOQUEIO NÃO SEJA
EFETUADO ATÉ O DIA DESTE PLÁSTICO
SERÁ AUTOMATICAMENTE DESATIVADO.

VISA

04 MAR 2003

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	121.960.474-73	Moses Alberto Correia da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF: 121.960.474-73		
Profissão:	Endereço:	Número: 53	Complemento: -	
Bairro:	Cidade:	Estado: PE	CEP: 55845-000	Tel.(DDD): (81) 9-926-2319
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- 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 OPCIÃO 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: Brasil

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

AGÊNCIA: CONTA:
 (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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: 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 esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não-verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data, *15 AGO. 2019*
 Nome: *Moses Alberto C. da Silva*
 CPF: *121.960.474-73*
 (*) Assinatura de quem assina o RÔGO
Moses Alberto C. da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____

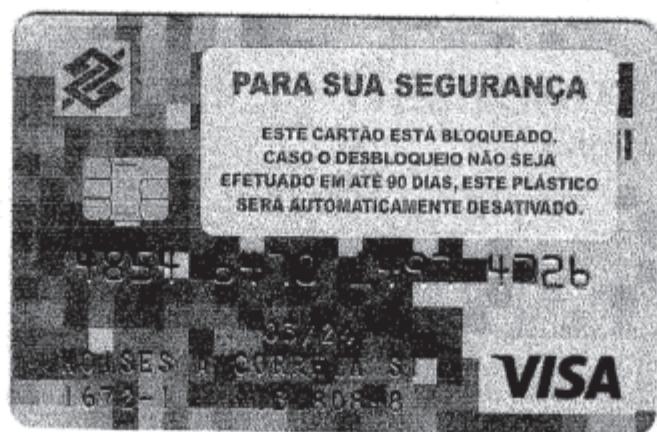
Assinatura _____
 3º | Nome: _____
 CPF: _____

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 RÔGO, 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.



Gente Comercio S/A
Av. Rio Branco, nº 715 - Loja 5
Caxias - PB - 58010-000

137360 97212-2



02.26.093 / 19
52.5994

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 050^a CIRCUNSCRICAO - NAZARE DA MATA - DP50^aCIRC
DINTER1/11^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0140000623

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/06/2019 às 12:45

Complemento o BO Número: 19E014000021 -

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 12/3/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE NAZARÉ DA MATA, 1 - Bairro: CENTRO - NAZARÉ DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AÓS A MAURICIA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvidas(s): _____

DESENHISTO (AUTOR) AGENTE
ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (NOTICIANTE)
MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (VITIMA)
CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
VEICULO: (

83 00 2000

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: **JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA** Pai: **MARCOS ANTONIO CORREIA DA SILVA** Data de Nascimento: 17/12/1998
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**, Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **AUXILIADORA DE FÁTIMA ALVES SANTA ROSA** Pai: **MANOEL BARBOSA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/8/1992** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **491815388/SSP/PE (RG)** Profissão: **GARÇOM** Telefones Celulares: **- 98551000**

Residencial: RUA DA MANGA - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 32 - CEP: 55000-800 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

ANTBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: **EXILDA FONSECA PEREIRA** Pai: **PETRONIO FERNANDO GONÇALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **27/10/1954**
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55800-000** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Qualificação: **ESTUDANTE**

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PGD8790 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

CAMINHÃO DE GÁS (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PGO 8790 E QUE MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA ESTAVA NO CARONA DA MOTO. QUANDO UM CARRO DE GÁS, FEZ O RETORNO, PRA PEGAR A OUTRA FAIXA, SEM SINALIZAR, ENTRANDO DE VEZ, VINDO A SE CHOCAR COM A MOTO, LEVANDO OS PASSAGEIROS AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE.

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

**MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)**

**CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
(VITIMA)**

**ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA
(NOTICIASTE)**

B.O. registrado por: **MARCIA CRISTINA DA SILVA**

34 JUN 224

Imparimenti

525997

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 050ª CIRCUNSCRICAO - NAZARE DA MATA - DP50ªCIRC
 DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0140000315**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/03/2019** às **11:30**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 13/3/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE NAZARE DA MATA, 01** - Bairro: **CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AOS A MAURICEA**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (NOTICIANTE)
 MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (VITIMA)
 CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
 VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA** Pai: **MARCOS ANTONIO CORREIA DA SILVA** Data de Nascimento: **17/12/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **AUXILIADORA DE FATIMA ALVES SANTA ROSA** Pai: **MANOEL BARBOSA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/8/1992** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **491615388/SSP/PE (RG)** Profissão: **GARCOM** Telefones: Celulares: **- 985591008**

Residencial: **RUA DA MANGA - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 32 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EZILDA FONSECA PEREIRA** Pai: **PETRONIO FERNANDO GONÇALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **27/10/1954** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**



04.03.2019

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Nao**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NAO INFORMADA)**
Placa: **PGD8790 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)**

CAMINHÃO DE GÁS (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Nao**
Quantidade: **(UNIDADE NAO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PGD 8790 E QUE MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA ESTAVA NO CARONA DA MOTO. QUANDO UM CARRO DE GÁS, FEZ O RETORNO, PRA PEGAR A OUTRA FAIXA, SEM SINALIZAR, ENTRANDO DE VEZ, VINDO A SE CHOCAR COM A MOTO, LEVANDO OS PASSAGEIROS AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE.

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

**MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)**

**CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
(VITIMA)**

ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARCIA CRISTINA DA SILVA** - Matrícula: **319865-8**



04 JUL 2010



0226093/19

525997

539110

0265361/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP50ªCIRC
 DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0140000623**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2019** às **13:45**
 Complementa o BO Número: **19E0140000315**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/3/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE NAZARÉ DA MATA, 1 - Bairro: CENTRO - NAZARÉ DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AÓS A MAURICIA**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (NOTICIANTE)
 MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (VÍTIMA)
 CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**
 VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA** Pai: **MARCOS ANTONIO CORREIA DA SILVA** Data de Nascimento: **17/12/1996**
 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **AUXILIADORA DE FATIMA ALVES SANTA ROSA** Pai: **MANOEL BARBOSA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/8/1992** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **491515388/SSP/PE (RG)** Profissão: **GARCOM** Telefones Celulares: **- 995591008**

Residencial: **RUA DA MANGA - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 32 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**



ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EZILDA FONSECA PEREIRA** Pai: **PETRONIO FERNANDO GONÇALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **27/10/1954**
 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NAO INFORMADA)**
 Placa: **PGD8790 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)**

CAMINHÃO DE GÁS (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **0 (UNIDADE NAO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PGD 8790 E QUE MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA ESTAVA NO CARONA DA MOTO. QUANDO UM CARRO DE GÁS, FEZ O RETORNO, PRA PEGAR A OUTRA FAIXA, SEM SINALIZAR, ENTRANDO DE VEZ, VINDO A SE CHOCAR COM A MOTO, LEVANDO OS PASSAGEIROS AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE.

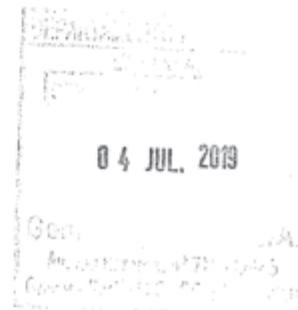
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)**

**CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
(VITIMA)**

**ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA
(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **MARCIA CRISTINA DA SILVA** - Matrícula: **319665-8**



Imprimir



525997

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP50ªCIRC
 DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **19E0140000315**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/03/2019 às 11:30**
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia
13/3/2019 no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE NAZARÉ DA MATA, 01** - Bairro: **CENTRO - NAZARÉ DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AÓS A MAURICIA**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (NOTICIANTE)
 MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (VITIMA)
 CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
 VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA** Pai: **MARCOS ANTONIO CORREIA DA SILVA** Data de Nascimento: **17/12/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **AUXILIADORA DE FATIMA ALVES SANTA ROSA** Pai: **MANOEL BARBOSA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/8/1992** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **491515388/SSP/PE (RG)** Profissão: **GARCOM** Telefones Celulares: **- 995591008**

Residencial: **RUA DA MANGA - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 32 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EZILDA FONSECA PEREIRA** Pai: **PETRONIO FERNANDO GONÇALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **27/10/1954** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD8790** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

CAMINHÃO DE GÁS (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PGD 8790 E QUE MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA ESTAVA NO CARONA DA MOTO. QUANDO UM CARRO DE GÁS, FEZ O RETORNO, PRA PEGAR A OUTRA FAIXA, SEM SINALIZAR, ENTRANDO DE VEZ, VINDO A SE CHOCAR COM A MOTO, LEVANDO OS PASSAGEIROS AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE.

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA
 (VITIMA)

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
 (VITIMA)

Assinatura
ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA
 (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARCIACRISTINA DA SILVA** - Matrícula: **319665-8**



04 JUL. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

121.960.434-33

Nome completo da vítima:

Maíres Alberto Correia da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSP N° 445/2012

Nome completo:

Maíres Alberto Correia da Silva

Profissão:

Endereço:

Rua do Nogueira

CPF:

121.960.434-33

Número:

53

Complemento:

Bairro:

Igreja do Oiticica

Cidade:

Belo Horizonte

Estado:

PE

E-mail:

(informar o e-mail)

CEP:

355845-000

Tel. (DDD):

(31) 9-9216-2319

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

 REUSO 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 - ASSINAR UMA OPCIÃO 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: Brasil

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1672

1

CONTA: 13.808

8

(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 ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 prasseguramento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, encerrando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme a Lei 6.294/74, 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 SÓMENTE 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:

 Vivos: Falecidos:

 Vítima deixou herdeiro (filhinho): Sim Não

 Vítima deixou herdeiro (filha): Sim Não

Esse deixa de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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 293 do Código Penal.

Local e Data:
Nome:
CPF:
Assinatura de quem assina o RG

Local e Data:

Nome:

CPF:

Maíres Alberto Correia da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura:

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 RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	121.960.474-73	Moses Alberto Correia da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF: 121.960.474-73		
Profissão:	Endereço:	Número: 53	Complemento: -	
Bairro:	Cidade:	Estado: PE	CEP: 55845-000	Tel.(DDD): (81) 9-9216-2319
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- 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 OPCIÃO 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: Brasil

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

AGÊNCIA: CONTA:
 (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

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

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

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

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: 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 esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não-verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data, *15 AGO. 2019*
 Nome: *Moses Alberto C. da Silva*
 CPF: *121.960.474-73*
 (*) Assinatura de quem assina o RÔGO
Moses Alberto C. da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura _____
 3º | Nome: _____
 CPF: _____

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 RÔGO, 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.

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0008165

Prontuário: 00006679-6

Idade: 22 ANOS, 2 MESES E 23 DIAS

Nome: MOÍSES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Dt. Nasc.: 17/12/1996 Sexo: M Est. Civil:

Endereço: LAGO DO OITEIRO

CEP:

Cidade: BUENOS AIRES/PE

Nac.:

Documento:

Mãe: JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA

Tel.:

Profissão:

Sisprenatal:

Pai:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
12/03/2019 09:14	0008165	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não-Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulseira	Pulso	Peso	Assinatura
140860	FR30	85	85	65	<i>Adelmo Alves Marinho</i>

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

Queda de moto.

PCB 31
Voltar para TUE
Dipirona 1amp TUE
- na perna D. 12:30
- nebulus

NX: torção de tibia.

Nazare Albertina Simões
Coren-PB 443446-EMF

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

ADM MEDICAMENTO:			TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESP	
NEBULIZAÇÃO			<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO

Consultas / Atendimento Médico:

MÉDICO CRM

 urgência básica urgência especializada observação básica observação especializada

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

6 JUN 2019

Data da impressão: Terça-feira, 12 de Março de 2019 às 09:14

Recepção: TATIANA KARLA

- S: 5638952



SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
192 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO

Nº da Ocorrência

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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01672-1

CONTA: 000000013808-8

Nr. da Autenticação 3D2E32E6C5926A14



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bua Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50150-602
CNPJ 10.833.032/0001-06 | Ins. Est. 0565943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSILENE MARIA CORREIA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO NORTE 53

CPF: 907.771.744-72

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL:	053627512	UNICA	12/03/2018
PRESENTAÇÃO:	Nº DO CLIENTE:	Nº DA INSTALAÇÃO:	
12/03/2018	2001727345	481034	

LAGOA DO OITEIRO/LAGOA DO OITEIRO
Buenos Aires PE
55945-000

DATA DE VENCIMENTO:	19/03/2019	MÊS/ANO:	03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)		09/04/2019	
		140,72	

DETALHAMENTO DA FATURA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	173.00000000	0,76260324	130,18
Contrib. Irm P/álica Municipal			7,13
ICMS Subvenção-CDE-NF 0422747/00-13/12/18			0,87
Multa por atraso-NF 049785410-08/02/19			2,22
Juros por atraso-NF 049785410-08/02/18			0,42

TOTAL DA FATURA

140,72

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	DATA	IPDE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
40059408	CAT	27/02/2019	27/04/00	33/03/2019	27/21/00	32	1.00000		173,00

MÊS/ANO	ICMS	VALOR DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOMISSÃO DO CONSUMO
MAR19 173					geração de energia 40,95 31,0%
FEV19 180	ICMS	190,16	25,00	32,54	transmissão 5,67 4,8%
JAN19 138	PIS	138,16	1,01	1,01	distribuição (celpe) 97,84 35,4%
DEZ18 191	COFINS	190,16	4,60	6,94	parceria de energia 8,79 8,3%
NOV18 158					energias setoriais 7,18 5,3%
OUT18 168					tributos 73,24 30,8%
DEZ18 182					Total 173,00 100%
AGO18 185					
JUL18 197					
JUN18 171					
MAR18 160					
ABR18 174					
MAR18 142					

4834 8304 E1FE 2FC0 4E85 835B 6F13 A032

Pague no prazo de 10 (dez) dias corridos a partir da data de vencimento da fatura. Caso contrário, a tarifa de atraso de 10% (dez por cento) da conta é cobrada. O cliente comete crime se não puder pagar a fatura de energia elétrica com base no valor da tarifa social de energia elétrica. O cliente que não puder pagar a fatura de energia elétrica deve procurar a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELEPE) para obter informações sobre a possibilidade de suspensão da fatura. Pode, em atraso, para multa.

219/2018/4140000233, valor 116,00, no dia 10/03/2019, a multa foi cancelada no prazo. O cliente é considerado em dia quando não puder cumprir o prazo de pagamento da fatura.

Atenção: Caso permaneça de
10 dias corridos a fatura de energia
elétrica, a tarifa social de energia
elétrica não poderá ser cobrada.
Para mais informações, entre em
contato com a Celpe, através do site
www.celpe.com.br

CONSUMO VENCIDA	VALOR APURADO (R\$)	VALOR MÉDIAL	VALOR TRIMESTRAL	VALOR ANUAL	TEMPO NOMEADO (V)	VALOR DE VARIAÇÃO (R\$)
030	3,00	0,95	11,50	22,01		
031	0,00	3,26	9,72	13,45		
032	0,00	3,20	6,00	9,00		

LINES/CDF 12,22 EUSO - Valor de Encargo da Conta Sistêmica de Distribuição - R\$ 47,63

04 JUL 2019

DATA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

4001709345 03/2019 19/03/2019 140,72

83810000001-9 40720011004-0 00170934310-6 13920814123-7



Portaria 001/2019 - SIA
Av. Barreiros, nº 715 - 1º piso
Cidade/PE - CEP: 52111-000

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.433, de 26/04/2002



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João da Barra, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-932
CNPJ 19.235.032/0001-06 | Insc. Est. 0005943-03 | www.cepa.com.br

DADOS DO CLIENTE

SEVIRINA DAMIANA DE FARIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE EMILIANO 1A

CPF: 036 866 044-34

CLASSIFICATION

**B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES**

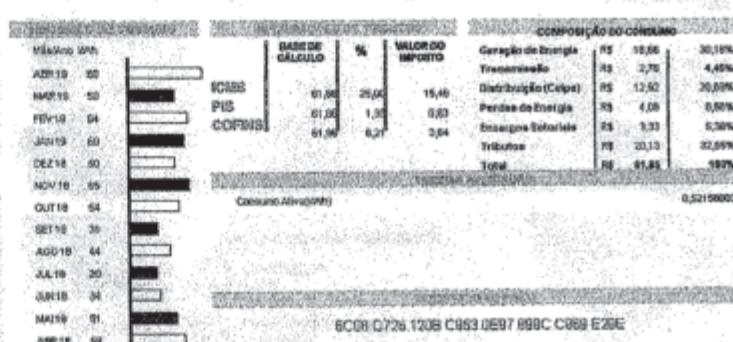
Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO PARA PAGAR
059336405	ÚNICA	23/04/2019	30/04/2019	23/05/2019
APROVEITAMENTO	Nº DO CUSTEIO	Nº DA INSTALAÇÃO	TODA A FACADEIRA	
23/04/2019	2000623304	477883		67,18

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo.Abov(MWh)	60.000000	0,77336992	01,88
Contrib. Ium. Pública Municipal			3,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 051801748-21/02/18			0,28
Multa por atraso-NF 055504640 - 23/03/18			0,75
Juros por atraso-NF 055504640 - 23/03/18			0,17
Atualização IOPM-NF 055504640 - 23/03/18			0,28

TOTAL DE FALTAS

62-18

INFORMAÇÕES DE CONSUMO DE ENERGIA										
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)
MD07200	C43	25032010	9.611,00	23/04/2010	9.611,00		31	1.00000		60,00



VALORES DA TABELA DE PREÇOS DA SÍNTES (TABELA 02/2014)					VALORES DA TABELA DE PREÇOS DA SÍNTES (TABELA 02/2014)		
CONCEITO KUZNETSKAIA	VALOR APURADO M/2013	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (M)	
					ATMOS	ATMOS MÁXIMO	
DIG. MATA	0,31	10,67	21,74	43,48	220	202	231
FIC.	1,05	7,05	15,20	30,00			
BIREC	0,30	6,00	0,00	0,00			

卷之三 233

Digitized by srujanika@gmail.com

CONTA CONTRATO **MESI AND**

the author's address is given at the end.

2023-08-25 10:10:48

27-31

2859646019 04/04/2019 30/04/2019 67,1



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 Rafaela Maria de S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Moisés Alberto Correia da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.960.434-33, do sinistro de DPVAT cobertura Smart Permanent da Vítima Moisés Alberto Correia da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.960.434-33, 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 Lider-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		Número	Complemento
<u>Rua José Gomiliano</u>		<u>1 A</u>	<u>-</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Buenos Aires</u>	<u>PF</u>	<u>55845-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(81) 9-9216-2312</u>	<u>(81) 9-9149-1433</u>

Buenos Aires 10 de maio de 2019

Local e Data

64.10.2019

Assinatura do Declarante

Rafaela Maria de S. Cavalcanti



**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 reseguro.

⁷ Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de J. Cavalanti inscrito (a) no CPF 086.005.684-180, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Moisés Alberto Correia da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.960.494-73, do sinistro de DPVAT cobertura Imovel Permanente da Vítima Moisés Alberto Correia da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.960.494-73, 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.

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

Endereço Rua José Emílio	Número 1A	Complemento —
Bairro Centro	Cidade Buenos Aires	Estado PE
Email	Telefone comercial(DDD) 81/9-9216-2319	Telefone celular (DDD) 81/9-9149-1433

05 AGO. 2019

05 AGO. 2019

Local e Data

25 JUL 2013

Assinatura do Declarante