

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 495515388, 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 S/N

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

MOSES ALBERTO CORREIA DA SILVA, cujo o condutor era

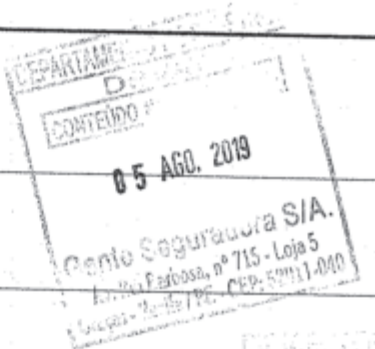
CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA

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

Placa: PGD-8790 Chassi: 9C6KG0210D0054615

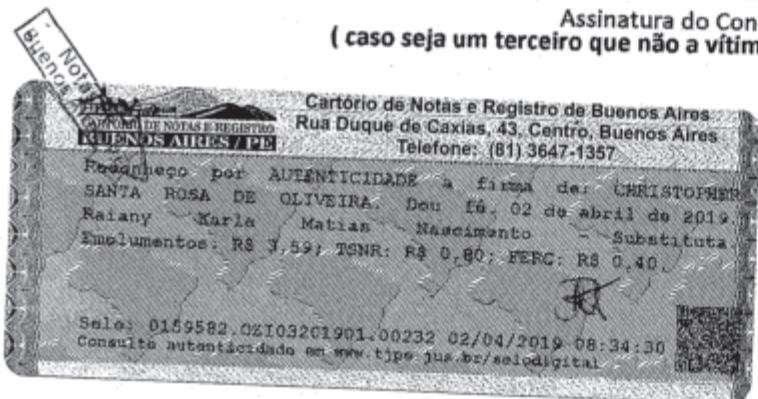
Data do Acidente: 12/05/19

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 )





600351

1. Hora do atendimento		2. Chegada ao local		3. Saída do local		4. Hora da ocorrência		5. Saída do hospital	
6. Motivo/Solicitação		7. Tipo de recursos		8. Origem do atendimento		9. Médico responsável		10. Paciente	
11. Data de nascimento		12. Idade		13. Sexo		14. Estado civil		15. Profissão	
16. Zôn		17. Referência		18. Município		19. Nº		20. Local de ocorrência	
21. Tipo de atendimento		22. Tipo de atendimento		23. Tipo de atendimento		24. Tipo de atendimento		25. Tipo de atendimento	
26. Tipo de atendimento		27. Tipo de atendimento		28. Tipo de atendimento		29. Tipo de atendimento		30. Tipo de atendimento	
31. Tipo de atendimento		32. Tipo de atendimento		33. Tipo de atendimento		34. Tipo de atendimento		35. Tipo de atendimento	
36. Tipo de atendimento		37. Tipo de atendimento		38. Tipo de atendimento		39. Tipo de atendimento		40. Tipo de atendimento	
41. Tipo de atendimento		42. Tipo de atendimento		43. Tipo de atendimento		44. Tipo de atendimento		45. Tipo de atendimento	
46. Tipo de atendimento		47. Tipo de atendimento		48. Tipo de atendimento		49. Tipo de atendimento		50. Tipo de atendimento	
51. Tipo de atendimento		52. Tipo de atendimento		53. Tipo de atendimento		54. Tipo de atendimento		55. Tipo de atendimento	
56. Tipo de atendimento		57. Tipo de atendimento		58. Tipo de atendimento		59. Tipo de atendimento		60. Tipo de atendimento	
61. Tipo de atendimento		62. Tipo de atendimento		63. Tipo de atendimento		64. Tipo de atendimento		65. Tipo de atendimento	
66. Tipo de atendimento		67. Tipo de atendimento		68. Tipo de atendimento		69. Tipo de atendimento		70. Tipo de atendimento	
71. Tipo de atendimento		72. Tipo de atendimento		73. Tipo de atendimento		74. Tipo de atendimento		75. Tipo de atendimento	
76. Tipo de atendimento		77. Tipo de atendimento		78. Tipo de atendimento		79. Tipo de atendimento		80. Tipo de atendimento	
81. Tipo de atendimento		82. Tipo de atendimento		83. Tipo de atendimento		84. Tipo de atendimento		85. Tipo de atendimento	
86. Tipo de atendimento		87. Tipo de atendimento		88. Tipo de atendimento		89. Tipo de atendimento		90. Tipo de atendimento	
91. Tipo de atendimento		92. Tipo de atendimento		93. Tipo de atendimento		94. Tipo de atendimento		95. Tipo de atendimento	
96. Tipo de atendimento		97. Tipo de atendimento		98. Tipo de atendimento		99. Tipo de atendimento		100. Tipo de atendimento	

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0008165

Prontuário: 00006679-6

Nome: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Idade: 22 ANOS, 2 MESES E 23 DIAS  
Dt. Nasc.: 17/12/1996 Sexo: M Est. Civil:

Endereço: LAGO DO QITEIRO

CEP:

Cidade: BUENOS AIRES/PE

Bairro: ZONA RURAL

Nac:

Documento:

CNS: 898004515192363

Sisprenatal:

Tel:

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.	Pulso	Peso	Assinatura
11:00x60	FR 30	85	60kg	

## Queixas / Diagnóstico

Queixa de moto.

trauma em punha

D.

Rx: trauma de punha.

## Tratamento

Volta para trabalhar

Dipnóico para TUI

- Rx punha D.

- Rx punha D.

## 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

☐ CURATIVO☐ BÁSICO☐ ESP☐ NEBULIZAÇÃO☐ RETIRADA DE PONTO

## Consultas / Atendimento Médico:

## MÉDICO CRM

☐ urgência básica☐ urgência especializada☐ observação básica☐ observação especializada

MÉDICO CRM

## CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

## TÉCNICO / CONSELHO

## HORÁRIO

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

Recepção: TATIANA KARLA

Linha - 5: 5638952



# CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX  
- MAMOGRAFIA DIGITAL  
- DENSITOMETRIA ÓSSEA  
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA  
- ESPECIALIDADES MÉDICA  
- FISIOTERAPIA  
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



## LAUDO MÉDICO

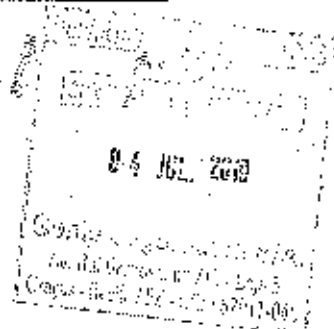
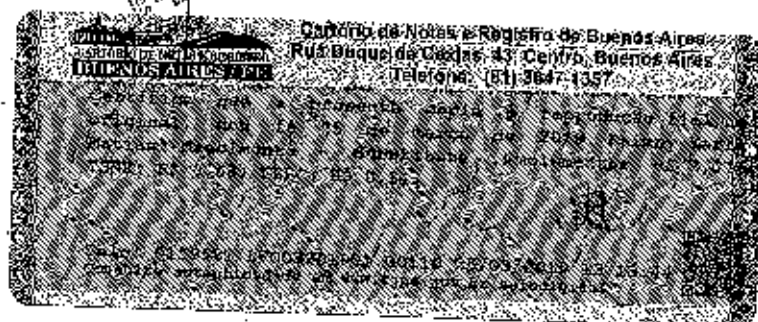
Declaro para os devidos fins, que o Sr. MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 12/03/2019 sofrendo FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO ( RX TORNOZELO D AP E PERFIL ), em tratamento conservador com imobilização gessada. No momento encontra-se impossibilitado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

CID- S82.6

LIMOEIRO, 25/03/2019

Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11730/16017334

**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
CRM: 11.730



# CENTRO DE DIAGNÓSTICO

# COL

- 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 e Traumatologia  
CRM: 11.730 / REO: 7334

**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
**CRM: 11.730**



## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0008165

Prontuário: 00006679-6

Nome: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Idade: 22 ANOS, 2 MESES E 23 DIAS

Endereço: LAGO DO OITEIRO

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

Cidade: BUENOS AIRES/PE

Bairro: ZONA RURAL

CEP:

Documento:

CNS: 898004515192363

Sis prenatal:

Nac:

Mãe: JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA

Pai:

Tel.:

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.	Pulso	Peso	Assinatura
	110x60	85	50kg 95% FR 30	

## Queixas / Diagnóstico

Queixa de uato.

maneira em pouca

D.

Rx: traqueia de tórax.

## Tratamento

Voltarem para IUI

Diminuir para IUI

- Rx pouca D.

- Regimen

Nazady Albertina Simão  
Coren-PB 448.448-FAE

## Exames complementares

## Impressão diagnóstica

## CID

## Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

## Justificativa:

## Encaminhado:

## Removido:

## Óbito:

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

## Data saída:

## Hora saída:

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

Recepcionista: TATIANA KARLA

V. prima - S: 5638952.



# CENTRO DE DIAGNÓSTICO

# COL

- 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 médico do INSS.

CID- S82.6

LIMOEIRO, 25/03/2019

Dr. Roberto de Castro Costa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 11730 / T2OT: 7334

**ROBERTO DE CASTRO COSTA**  
CRM: 11.730









VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.896.003 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/01/2019

NOME << MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MAPCOS ANTONIO PEREIRA DA SILVA >>  
<< JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 17/12/1996

DOC. ORIGEM << CN.100924 L.A98 F.249A CART. OLINDA-PE 08.02.2000 >>

CRI 121.960.474-73

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29.08.83  
F. 28 6555 - 4321

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

MOISES ALBERTO C. da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05 AGO. 2019

Gente Segurança S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Crangas - Recife / PE - CEP: 52011-000

04 JUL. 2019

Gente Segurança S/A.

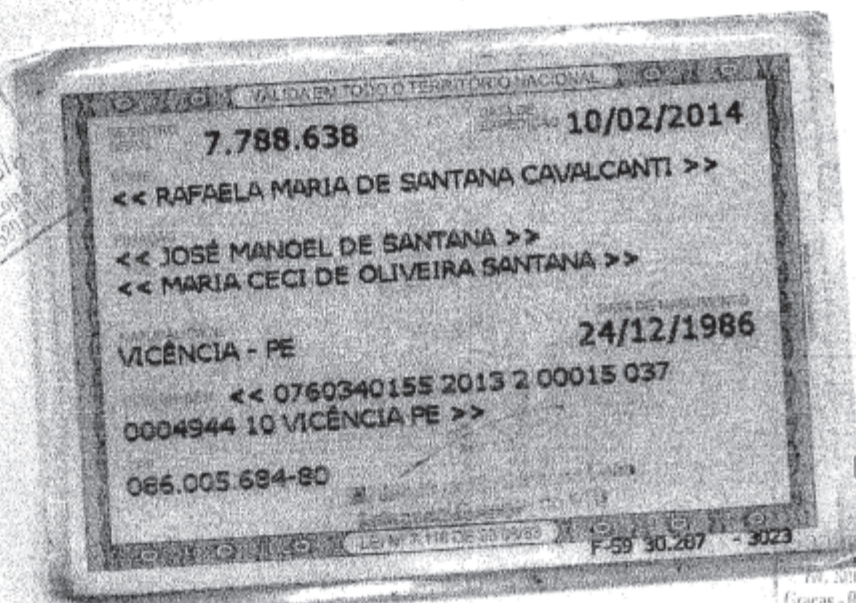
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Crangas - Recife / PE - CEP: 52011-000





05 AGO. 2019  
VICÊNCIA - PE  
Rafaela Maria de S. Cavalcanti  
Av. José Carlos, nº 715 - Lapa  
Recife - PE - CEP: 51011-000







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014085188700  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA DE VEÍCULO

VIA - CDD RENOVAR - RNTD - EXERCÍCIO  
1 487804563 555555555 2013

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEI  
RA

RECIFE-PE

400.193.558-94 PLACA ANT/UF - PLACA PCD8730

\*\*\*\*\* PLACA ANT/UF - CHASSI - COMBUSTÍVEL  
9-CEB60210D0054615 GASOLINA

FAZ MOTOCICLISTA

YAMAHA/LANDER XT250 ANO FMS - ANO MOD -  
2012 2013

2P/24900 CATEGORIA - COR PR-DOMINANTE -  
PARTIC VERMELHA

1º - COTA ÚNICA - VENC/COTAS -  
2º - 1PVA 2018 QUITADO - 3º -

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) - OF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO PAGO

SEM RESERVA - OBSERVAÇÕES

RECIFE-PE

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEI  
Diretor - Departamento de Tráfego/PE

05 AÇO. 2019

Gente Seguradora  
Av. Rui Barbosa, nº 75.000  
Gracas - Recife - PE - 51000-000

04 JUL. 2019

SIA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PERS. QUAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE QUAIS PRESTRE O FOM SUO CAPAC. A PESSOA  
TRANSPORTADAS OU NA "SEGURO DPVAT"

PE Nº 014085188700 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEI

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

RA RECIFE-PE

VIA - EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
1 400.193.558-94 2018 30/10/18

487804563 REBAVAM - OF/ENVI - PLACA  
YAMAHA/LANDER XT250 PCD8730

2012 08 ANO FMS - OF FMS - Nº CHASSI  
9-CEB60210D0054615

PRÊMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$) - DESVIAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - 10% (R\$) - TOTAL 3 SEMANAS SEGURO (R\$)

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PARTIR ORIENTAÇÃO

CNPJ 08.248.606/0001-04



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 ] 98960003  
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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim      ☐ ( ) Não

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

☒ (X) 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

☐ ( ) "Sem sequela permanente"

(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  
☒ (X) 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

  
**Dr. Tiago Martins Formiga**  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PE / 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 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.

## 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.

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

**Sequelae:** 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:** MOISÉS ALBERTO CORREIA DA SILVA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/07/2019

**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

# 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 REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/08/2019

**Valoração 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 SILVA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/08/2019

**Valoração 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 SILVA **Data do acidente:** 12/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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 Emiliano, 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 Lider, 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 C. da Silva



04 JUL 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.

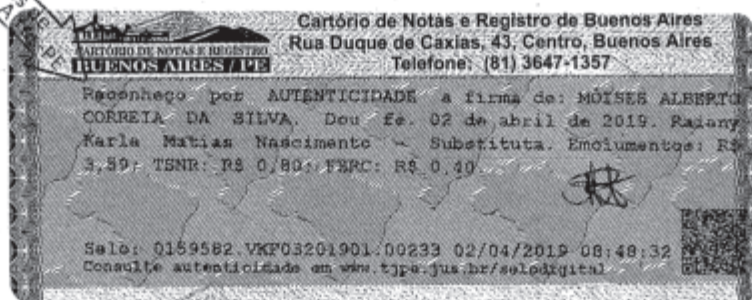
**OUTORGADO:** RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

**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 C. 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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/03/2019

**Titular do CPF:** MOISES ALBERTO  
CORREIA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019  
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI  
CPF: 086.005.684-80

\_\_\_\_\_  
RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

\_\_\_\_\_  
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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MOISES ALBERTO  
CORREIA DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019  
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI  
CPF: 086.005.684-80

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

---

**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



**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



---

**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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 121.960.494-73 Nome completo da vítima: Moisés Alberto Correia da Silva

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

Nome completo: Moisés Alberto Correia da Silva CPF: 121.960.494-73  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua do Nobre Número: 33 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Itaguaçu do Oeste Cidade: Buenos Aires Estado: PE CEP: 55845-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 81/9-9216-2319

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

## DADOS CADASTRAIS

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção).  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (106)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos).  
Nome do BANCO: Brasil

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

AGÊNCIA: 1692 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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, outorgando 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 SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou herdeiros (ou nascidos)? ☐ 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 às únicas 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: \_\_\_\_\_

Moisés Alberto C. da Silva (\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# 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	Maiseis 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:	
Maiseis Alberto Correia da Silva	121.960.474-73	
Profissão:	Endereço:	Número:
	Rua do Nobre	53
Bairro:	Cidade:	Estado:
Itaipava do Oiteiro	Buenos Aires	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55845-000	(81) 9-926-2319

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

## REDA MENSAL:

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

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina: ROGO

Maiseis Alberto C. da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

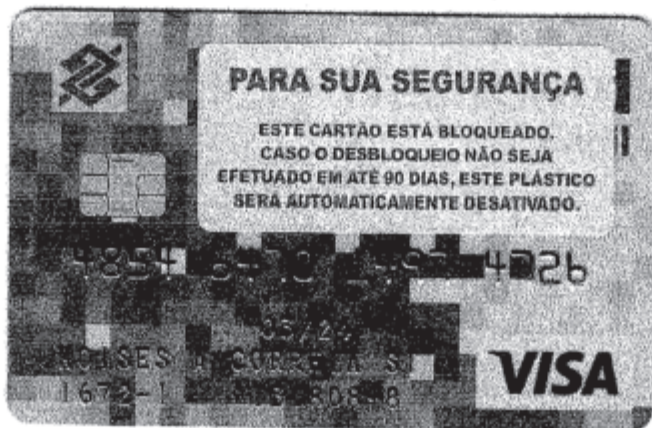
1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





127350 441-24



02.26093/19

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 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 - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **12/3/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE NAZARE DA MATA, 1 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AÓS 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:

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: **17/12/1998**  
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residência: **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: **-995591088**

Residência: **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 FERNADO GONÇALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **27/10/1954**  
 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Residência: **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: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
 Placa: **PGD8790 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

**CAMINHÃO DE GÁS (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/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 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**



34 JUL 2019

Imprimir



525997

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP80ªCIRC  
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0140000315**

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

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

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

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**  
Residência: **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: **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: **7/5/1992** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **491615388/GSP/PE (RG)** Profissão: **GARCOM** Telefones: **- 995591008**

Residência: **RUA DA MANGA - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 32 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EZILDA FONSECA PEREIRA** Pai: **PETRONIO FERNADO GONÇALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **27/10/1954** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residência: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 56000-000 - 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): **DESCONECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/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)

**ANIRAL EDUARDO FONSECA PEREIRA**  
(NOTICIANTE)

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



127860 474-73



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 - Culposos (Consumado)** que aconteceu no  
dia **12/3/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 1 - Bairro: CENTRO - NAZARE**  
**DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AÓS A MAURICEA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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): **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: **MUNICIPIO 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: **MUNICIPIO 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 FERNADO 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/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
 Placa: **PGD8790** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

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

Complemento / Observação

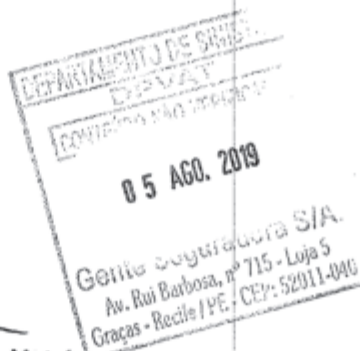
**RELATA A VÍTIMA CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PGD 8790 E QUE MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA ESTAVA NO CARONA DA MOTO. QUANDO UM CARRO DE GÁS, FEZ O RETORNO, PRA PEGAR A OUTRA FAIXA, SEM SINALIZAR, ENTRANDO DE VEZ, VINDO A SE CHOCAR COM A MOTO, LEVANDO OS PASSAGEIROS 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 Nº. **19E0140000315**

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

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

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

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: **MUNICIPIO 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: **MUNICIPIO 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 FERNADO 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/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: **AUTOMOVEL/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)**

**ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA**  
**(NOTICIANTE)**

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 121.960.494-73 Nome completo da vítima: Moisés Alberto Correia da Silva

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

Nome completo: Moisés Alberto Correia da Silva CPF: 121.960.494-73  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua do Nobre Número: 33 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Itaipava do Outeiro Cidade: Buenos Aires Estado: PE CEP: 55845-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 81/9-9216-2319

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

## DADOS CADASTRAIS

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção).  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (106)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos).  
Nome do BANCO: Brasil

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

AGÊNCIA: 1692 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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, outorgando 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 SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou herdeiros (ou nascidos)? ☐ 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 às únicas 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: \_\_\_\_\_

Moisés Alberto C. da Silva (\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# 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	Maiseis 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:	
Maiseis Alberto Correia da Silva	121.960.474-73	
Profissão:	Endereço:	Número:
	Rua do Nobre	53
Bairro:	Cidade:	Estado:
Itapecera do Oiteiro	Buenos Aires	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55845-000	(81) 9-926-2319

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

## REDA MENSAL:

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

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina: ROGO

Maiseis Alberto C. da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0008165

Prontuário: 00006679-6

Nome: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Idade: 22 ANOS, 2 MESES E 23 DIAS

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

Endereço: LAGO DO OITEIRO

CEP:

Cidade: BUENOS AIRES/PE

Bairro: ZONA RURAL

Nac:

Documento:

CNS: 898004515192363

Sis prenatal:

Tel:

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.	Pulso	Peso	Assinatura
14:01:60	FR 30	85	65 kg	

## Queixas / Diagnóstico

Queda de moto.

maneira em pé na  
D.

Rx: fratura de tíbia.

## Tratamento

Voluntários 1 ano 1 ano

Diplopia 1 ano 1 ano

Rx pé na D.

Rx pé na D.

Názy Albertina Simão  
Coren-PE 443448-EM

## 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

☐ CURATIVO☐ BÁSICO☐ ESP☐ NEBULIZAÇÃO☐ RETIRADA DE PONTO

## Consultas / Atendimento Médico:

## MÉDICO CRM

☐ urgência básica☐ urgência especializada☐ observação básica☐ observação especializada

## MÉDICO:

## CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

## TÉCNICO / CONSELHO

## HORÁRIO





**SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**  
192 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Ocorrência

1. Hora do chamado		2. Chegada ao local		3. Saída do local		4. Hora de conclusão		5. Saída do hospital	
6. Motivo/Solicitação		7. Tipo de recurso		8. Origem do acionamento		9. Médico regulador		10. Paciente	
11. Data de nascimento		12. Idade		13. Sexo		14. Ração operador		15. Unidade de Saúde	
16. Local de ocorrência		17. Referência		18. Município		19. Tipo de atendimento		20. Causa externa	
21. Tipo de vítima		22. Natureza do acidente		23. Uso do capacete pela vítima		24. Uso de cintos pela vítima		25. Uso de bebidas alcoólicas pela vítima	
26. Intoxicação Exógena		27. Agressão		28. Tentativa de suicídio		29. Mias aéreas		30. Respiração	
31. Neurologia		32. Coloração da pele		33. Alergia		34. Uso de medicamentos		35. Uso de drogas ilícitas	
36. Circulação/pulso		37. Perímetro cardíaco		38. Escala de CINCINATI		39. Pupila		40. Midríase	
41. Abertura ocular (AO)		42. Resposta verbal		43. Resposta motora		44. Sinal vital - GSVV		45. Hora	
46. Abertura ocular (AO)		47. Resposta verbal		48. Resposta motora		49. Sinal vital - GSVV		50. Hora	
51. Abertura ocular (AO)		52. Resposta verbal		53. Resposta motora		54. Sinal vital - GSVV		55. Hora	
56. Abertura ocular (AO)		57. Resposta verbal		58. Resposta motora		59. Sinal vital - GSVV		60. Hora	
59. Abertura ocular (AO)		60. Resposta verbal		61. Resposta motora		62. Sinal vital - GSVV		63. Hora	
62. Abertura ocular (AO)		63. Resposta verbal		64. Resposta motora		65. Sinal vital - GSVV		66. Hora	
65. Abertura ocular (AO)		66. Resposta verbal		67. Resposta motora		68. Sinal vital - GSVV		69. Hora	
68. Abertura ocular (AO)		69. Resposta verbal		70. Resposta motora		71. Sinal vital - GSVV		72. Hora	
71. Abertura ocular (AO)		72. Resposta verbal		73. Resposta motora		74. Sinal vital - GSVV		75. Hora	
74. Abertura ocular (AO)		75. Resposta verbal		76. Resposta motora		77. Sinal vital - GSVV		78. Hora	
77. Abertura ocular (AO)		78. Resposta verbal		79. Resposta motora		80. Sinal vital - GSVV		81. Hora	
80. Abertura ocular (AO)		81. Resposta verbal		82. Resposta motora		83. Sinal vital - GSVV		84. Hora	
83. Abertura ocular (AO)		84. Resposta verbal		85. Resposta motora		86. Sinal vital - GSVV		87. Hora	
86. Abertura ocular (AO)		87. Resposta verbal		88. Resposta motora		89. Sinal vital - GSVV		90. Hora	
89. Abertura ocular (AO)		90. Resposta verbal		91. Resposta motora		92. Sinal vital - GSVV		93. Hora	
92. Abertura ocular (AO)		93. Resposta verbal		94. Resposta motora		95. Sinal vital - GSVV		96. Hora	
95. Abertura ocular (AO)		96. Resposta verbal		97. Resposta motora		98. Sinal vital - GSVV		99. Hora	
98. Abertura ocular (AO)		99. Resposta verbal		100. Resposta motora		101. Sinal vital - GSVV		102. Hora	
101. Abertura ocular (AO)		102. Resposta verbal		103. Resposta motora		104. Sinal vital - GSVV		105. Hora	
104. Abertura ocular (AO)		105. Resposta verbal		106. Resposta motora		107. Sinal vital - GSVV		108. Hora	
107. Abertura ocular (AO)		108. Resposta verbal		109. Resposta motora		110. Sinal vital - GSVV		111. Hora	
110. Abertura ocular (AO)		111. Resposta verbal		112. Resposta motora		113. Sinal vital - GSVV		114. Hora	
113. Abertura ocular (AO)		114. Resposta verbal		115. Resposta motora		116. Sinal vital - GSVV		117. Hora	
116. Abertura ocular (AO)		117. Resposta verbal		118. Resposta motora		119. Sinal vital - GSVV		120. Hora	
119. Abertura ocular (AO)		120. Resposta verbal		121. Resposta motora		122. Sinal vital - GSVV		123. Hora	
122. Abertura ocular (AO)		123. Resposta verbal		124. Resposta motora		125. Sinal vital - GSVV		126. Hora	
125. Abertura ocular (AO)		126. Resposta verbal		127. Resposta motora		128. Sinal vital - GSVV		129. Hora	
128. Abertura ocular (AO)		129. Resposta verbal		130. Resposta motora		131. Sinal vital - GSVV		132. Hora	
131. Abertura ocular (AO)		132. Resposta verbal		133. Resposta motora		134. Sinal vital - GSVV		135. Hora	
134. Abertura ocular (AO)		135. Resposta verbal		136. Resposta motora		137. Sinal vital - GSVV		138. Hora	
137. Abertura ocular (AO)		138. Resposta verbal		139. Resposta motora		140. Sinal vital - GSVV		141. Hora	
140. Abertura ocular (AO)		141. Resposta verbal		142. Resposta motora		143. Sinal vital - GSVV		144. Hora	
143. Abertura ocular (AO)		144. Resposta verbal		145. Resposta motora		146. Sinal vital - GSVV		147. Hora	
146. Abertura ocular (AO)		147. Resposta verbal		148. Resposta motora		149. Sinal vital - GSVV		150. Hora	
149. Abertura ocular (AO)		150. Resposta verbal		151. Resposta motora		152. Sinal vital - GSVV		153. Hora	
152. Abertura ocular (AO)		153. Resposta verbal		154. Resposta motora		155. Sinal vital - GSVV		156. Hora	
155. Abertura ocular (AO)		156. Resposta verbal		157. Resposta motora		158. Sinal vital - GSVV		159. Hora	
158. Abertura ocular (AO)		159. Resposta verbal		160. Resposta motora		1			



55. Condição

- ☒ 1. Imob. Coluna cervical  
☒ 3. Imob. Membros  
☐ 5. Oxigenoterapia

- ☒ 2. Utilização de prancha  
☐ 4. KED

Diagnóstico N° 20 + 05 trauma  
 03/04/2011

56. Unidade de destino

U. M. C.

57. Médico que recebeu

58. Equipe

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem:

Condutor/Piloto:

Responsável pelo preenchimento:

Solicitou apoio da UTI

☐ 1. Sim

☒ 2. Não

Observações:

Redirecionamento

☐ 1. Sim

☒ 2. Não

Causa:

Destino:

Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.

59. Cancelamento da ocorrência

☐ 1. Pelo médico regulador

☐ 2. Pelo solicitante

☐ 3. Por falta

☐ 4. Por cenário de risco para a equipe

80. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recebeu atendimento mesmo contra orientação médica.

Testemunha:

Assinatura:

RG:

Data:

81. Múltiplas vítimas

☐ 1. Sim

☒ 2. Não

Nº de vítimas:

Gênero:

Nazarey Albertina Simão  
 Corren-PE 448.446-ENF

82. Outras descrições:

Paciente vítima de colisão  
 frontal a alta velocidade  
 E. A. R. proveniente, inicialmente  
 sem consciência. Nem bilhar em  
 um ambiente fechado e não  
 abrange, Mirabol, Alingol  
 + patologia  
 Concentração - no caso a  
 manifestação de um acidente  
 de trânsito e o acidente  
 apresenta lesões extensas  
 manifestamente, incluindo a  
 no âmbito da tórax e abdômen  
 em especial em relação à  
 Realização de exames em  
 primeira linha, tomografia  
 computadorizada e radiografia  
 Em seguida, encaminhado para  
 P. U. M. C. onde foi atendido  
 inicialmente - X. A. e  
 encaminhado para P. M. I. com  
 conduta médica de P. U. - X  
 e a vítima liberada para  
 Estabelecimento de P. M. I. com  
 P. M. I. encaminhado para P. M. I.

Santa Helena  
 Corren-PE 448-TE

# 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, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50950-602  
CNPJ 10.835.932/0001-04 | Insc. Est. 0565943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSILENE MARIA CORREIA

CPF: 907.771.744-72

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO NOBRE 53

LAGOA DO OITEIRO/LAGOA DO OITEIRO  
BUENOS AIRES PE  
55845-000

Nº DA NOTA FISCAL	ÍDEUC	EMISSÃO
053527512	ÚNICA	12/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/03/2019	2001727345	481034

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4001709343	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA DE VENCIMENTO
19/03/2019	09/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	140,72

	QUANTIDADE	Preço (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo (W/h)	173,000300	0,76260324	130,18
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,13
ICMS Subvenção-CDE-NF 042274700-13/12/18			0,87
Multa por atraso-NF 048785410-08/03/19			2,52
Juros por atraso-NF 048785410-08/03/19			0,42
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>140,72</b>

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
40095420	CAT	05/02/2019	2704300	12/03/2019	2721930	37	1,0000		173,00

Mês/Ano kWh	Base de Cálculo	%	Valor do Suprimento	Composição do Consumo	R\$	%
MAR 19 173	ICMS	190,18	25,00	Geração de Energia	R\$ 40,35	31,20%
FEV 19 180	PIS	130,18	1,01	Transmissão	R\$ 5,07	4,00%
JAN 19 139	COFINA	130,18	4,68	Distribuição (Celpe)	R\$ 37,84	31,40%
DEZ 18 191				Perdas de Energia	R\$ 8,79	6,75%
NOV 18 158				Encargos Setoriais	R\$ 7,14	5,52%
OUT 18 188				Tributos	R\$ 33,24	30,80%
SET 18 182				Total	R\$ 130,68	100%
AGO 18 188						
JUL 18 157						
JUN 18 171						
MAY 18 180						
ABR 18 174						
MAR 18 142						

4834 83C4 E1FE 2FCD 4E85 835B 6F13 A032

Pague no prazo mais próximo de vencimento para evitar o corte de energia. O corte de energia é realizado quando o cliente não paga a fatura no prazo de vencimento. O cliente pode solicitar a suspensão temporária do serviço de energia elétrica, caso não queira pagar a fatura no prazo de vencimento. O cliente pode solicitar a suspensão temporária do serviço de energia elétrica, caso não queira pagar a fatura no prazo de vencimento.

05 AÇO. 2019  
Conta Segura S/A  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lapa 5  
Craque - Recife - PE - CEP: 52011-040

CONSUMO	VALOR A PAGAR (R\$)	VALOR A PAGAR (R\$)	VALOR A PAGAR (R\$)	VALOR A PAGAR (R\$)	VALOR A PAGAR (R\$)
CONSUMO	12,22	12,22	12,22	12,22	12,22
YICINIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
YICINIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
YICINIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4001709343	03/2019	19/03/2019	140,72
83810000001-9 40720011004-0 00170934310-6 13920814123-7			



04 JUL. 2019

Conta Segura S/A  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lapa 5  
Craque - Recife - PE - CEP: 52011-040





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

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002  
CNPJ: 10.835.802/0001-08 | Insc. Est. 0035943-03 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

SEVIRINA DAMIANA DE FARIAS

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE EMILIANO 1 A

CPF: 036.866.044-34

CENTRO BUENOS AIRES  
BUENOS AIRES PE  
55845-000

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE

CONTA CONTRATO MÊS/ANO

2659845019 04/2019

DATA DE VENCIMENTO DATA DE PAGAMENTO

30/04/2019 23/05/2019

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
058338405	ÚNICA	23/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/04/2019	2030623304	477880

67,18

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	60,0000000	0,77336992	61,68
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,78
ICMS Subvenção CDIE-NF 051801748-21/02/18			0,39
Multa por atraso-NF 055504840-23/03/19			0,75
Juros por atraso-NF 055504840-23/03/19			0,17
Atualização IGPM-NF 055504840-23/03/19			0,28
TOTAL DA FATURA			67,18

Nº DA MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	DATA	INTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
ME87335	CA1	20/03/2019	9 591,33	23/04/2019	9 671,34	31	1,8000				80,00

MÊS/ANO	VALOR (R\$)	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
ABR 19	50			Consumo de Energia	18,68	30,18%
MAR 19	50			Treinamento	3,78	4,45%
FEV 19	04			Distribuição (Celpe)	12,52	20,00%
JAN 19	60			Perdas de Energia	4,08	6,08%
DEZ 18	50			Energia Totalizada	3,33	5,30%
NOV 18	55			Tributos	20,13	32,58%
OCT 18	64			Totale	61,68	100%
SET 18	36					
AGO 18	44					
JUL 18	30					
JUN 18	34					
MAI 18	31					
ABR 18	58					

6C0R G726 120B C9S3 Q597 B9BC C089 E28E

Pague no ponto mais perto de você da Celpe, ou por e-mail: 12 centos de energia a cada unidade de abastecimento. Não utilize frascos de 1 litro e 2 litros. Consulte o site www.celpe.com.br para mais informações. O cliente é responsável por informar a leitura correta do medidor. O cliente é responsável por informar a leitura correta do medidor. O cliente é responsável por informar a leitura correta do medidor.

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
NAZAREDA	0,33	10,00	21,74	43,49	220	202	231
MATA	1,00	7,00	15,34	30,69			
BREJO	0,33	6,00	0,00	0,00			

Linha DCE: 16,60

Linha DCE - Valor da Encargos de Uso do Sistema de Distribuição: R\$ 23,02

CONTA CONTRATO MÊS/ANO

2659845019 04/2019

DATA DE VENCIMENTO

30/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

67,18

83880000000-3 67180011002-9 65984501910-2 13888323123-2



05 AGO. 2019

30/04/2019 04/2019

11.04.2019 07/15 - 10h5

11h - 08h17h - CEP: 52011-000

10 4 JUL. 2019

Av. ...

Gratias ...

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684/80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário maises Alberto Correia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.960.434/33 do sinistro de DPVAT cobertura Small Remuneração da Vítima maises Alberto Correia da Silva 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Jose Emiliano</u>	Número <u>1A</u>	Complemento —
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Estado <u>PE</u>
Email	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9-9216-2319</u>	CEP <u>55845-000</u>
	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9-9149-1433</u>	

Buenos Aires 10 de maio de 2019  
Local e Data

Rafaela Maria de S. Cavalcanti  
Assinatura do Declarante



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

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 Moises Alberto Correia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.960.434/33, do sinistro de DPVAT cobertura Smol. Permanente da Vítima Moises Alberto Correia da Silva 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

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

05 AGO. 2019

União e Seguradora SIA  
Av. São Paulo, nº 715 - Loja 1  
Praça - Recife/PE - CEP: 52011-900

Buenos Aires 10 de maio de 2019

Local e Data

04 JUL. 2019

Rafaela Maria de S. Cavalcanti

Assinatura do Declarante