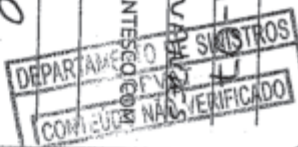


## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 08/11/2018 CPF DA VÍTIMA 073.424.494-11  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA Mª MOURA DE A. FEENHARDT  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA  
 Nº 310 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO  
 CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750-000  
 E-MAIL afeguros1994@yahoo.com com TELEFONE (81) 9100-1998



07 JAN 2019

Gente Seguradora S/A

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O PAGAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 4830.389 SSP/PEASSINATURA Adriana Moura de A. Feenhardt

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

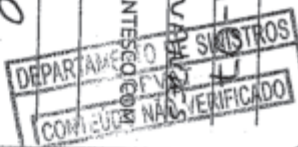
NOME

ASSINATURA



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 08/11/2018 CPF DA VÍTIMA 073.424.494-11  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA M<sup>te</sup> MOURA DE A. FEENHARDT  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA  
 Nº 310 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO  
 CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750-000  
 E-MAIL afeguros3994@yahoo.com com TELEFONE (81) 9100-3998



07 JAN 2019

Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
 Gama do Bonfim, 11015-000  
 Recife, PE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O PAGAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 4830.389 SSP/PEASSINATURA Adriana Moura de A. Feenhardt

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOAO SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
DATA DO ACIDENTE 08/11/2018 CPF DA VITIMA 033.424.494-07  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA Mª MOURA DE A. FERNANDES  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM  
A VITIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREGO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA  
Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO  
CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55350-000  
E-MAIL afsegueros@pau.com.br com TELEFONE (81) 9700-3998



MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5  
Recife - PE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE - R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11/11/2018

IDENTIDADE ADRIANA Mª MOURA DE A. FERNANDES

ASSINATURA Adriana Moura de A. Fernandes

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190095806 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 07/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**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.

### 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:** 3190095806 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 07/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**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.

### DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190095806 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 07/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**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.

## 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:** 3190095806 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 07/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**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.

## DANOS

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



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

|  |
|--|
| NOME- JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA                         |
| NACIONALIDADE- BRASILEIRA                                      |
| PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR                                     |
| IDENTIDADE: 7.688.048 SDS/PE CPF 073.424.494-07                |
| ENDEREÇO- SI CAPOEIRA DO MILHO, Nº 520, ZONA RURAL, SURUBIM-PE |

## OUTORGADO

|   |
|---|
| NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES      |
| NACIONALIDADE- BRASILEIRA                               |
| PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR                              |
| IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04        |
| ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE. |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

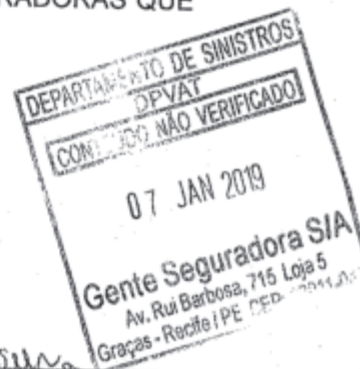
SURUBIM- PE 22 DE NOVEMBRO 2018



X JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



|   |   |
|---|---|
| <b>2º TABELIONATO</b><br>Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim-PE<br>Fone: (81) 3034-1413 - E-mail: cartorio2notassurubim.crouza@gmail.com<br>Crouza Maria Silva de Lima - Tabelião Pública | <b>TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE</b><br>Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim-PE<br>Fone: (81) 3034-1413 - E-mail: cartorio2notassurubim.crouza@gmail.com<br>Crouza Maria Silva de Lima - Tabelião Pública |
| Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA   |   |
| Dou fe. Surubim, quinta-feira, 22 de novembro de 2018 -- 09h10  |   |
| Em Testemunho   |   |
| Elizabeth Maria de Andrade Badina - 2º Substituta   |   |
| Total: 4, VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  |   |
| Selo(s): 0075244-2411201804.02568-Rua Sete de Setembro nº 10 - Centro - SURUBIM-PE  |   |
| Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/selodigital   |   |





# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

|  |
|--|
| NOME- JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA                         |
| NACIONALIDADE- BRASILEIRA                                      |
| PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR                                     |
| IDENTIDADE: 7.688.048 SDS/PE CPF 073.424.494-07                |
| ENDEREÇO- SI CAPOEIRA DO MILHO, Nº 520, ZONA RURAL, SURUBIM-PE |

## OUTORGADO

|   |
|---|
| NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES      |
| NACIONALIDADE- BRASILEIRA                               |
| PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR                              |
| IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04        |
| ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE. |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

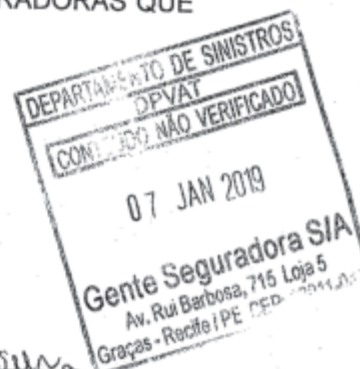
SURUBIM- PE 22 DE NOVEMBRO 2018



X JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



|   |   |
|---|---|
| <b>2º TABELIONATO</b><br>Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim-PE<br>Fone: (81) 3034-1413 - E-mail: cartorio2notassurubim.crouza@gmail.com<br>Crouza Maria Silva de Lima - Tabelião Pública | <b>TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE</b><br>Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim-PE<br>Fone: (81) 3034-1413 - E-mail: cartorio2notassurubim.crouza@gmail.com<br>Crouza Maria Silva de Lima - Tabelião Pública |
| Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA   |   |
| Dou fe. Surubim, quinta-feira, 22 de novembro de 2018 -- 09h10  |   |
| Em Testemunho   |   |
| Elizabeth Maria de Andrade Badina - 2º Substituta   |   |
| Total: 4, VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE  |   |
| Selo(s): 0075244-2411201804.02568-Rua Sete de Setembro nº 10 - Centro - SURUBIM-PE  |   |
| Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/selodigital   |   |



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

|  |
|--|
| NOME- JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA                         |
| NACIONALIDADE- BRASILEIRA                                      |
| PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR                                     |
| IDENTIDADE: 7.688.048 SDS/PE CPF 073.424.494-07                |
| ENDEREÇO- SI CAPOEIRA DO MILHO, Nº 520, ZONA RURAL, SURUBIM-PE |

## OUTORGADO

|   |
|---|
| NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES      |
| NACIONALIDADE- BRASILEIRA                               |
| PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR                              |
| IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04        |
| ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE. |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM- PE 22 DE NOVEMBRO 2018



X Jeova Severino Santiago da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

|   |  |
|---|--|
| TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE                                  |  |
| 2º TABELIONATO  | Fone: 3511 3634-1413 - E-mail: cartorio@tabelionato2018.com.br |
| Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim-PE                                  |  |
| Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA |  |
| Dou fe. Surubim, quinta-feira, 22 de novembro de 2018 - 09h15                   |  |
| Em Testemunho: <u>Adriana Moura de Albuquerque Fernandes</u> - 2ª Substituta    |  |
| Total: 4, VALIDO SOLENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE                             |  |
| Selo(s): 0073219-2PL11201804.02568-Rua Sete de Setembro nº 10                   |  |
| Centro - SURUBIM-PE   |  |

2º Tabelionato de Notas de Surubim - PE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006114/19

**Número do Sinistro:** 3190017199

**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

**CPF:** 073.424.494-07

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/11/2018

**Titular do CPF:** JEOVA SEVERINO  
SANTIAGO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 15/01/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041361/19

**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

**CPF:** 073.424.494-07

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 08/11/2018

**Titular do CPF:** JEOVA SEVERINO  
SANTIAGO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

### JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 04/02/2019  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184458/19

**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

**CPF:** 073.424.494-07

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 08/11/2018

**Titular do CPF:** JEOVA SEVERINO  
SANTIAGO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

### JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 30/05/2019  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184458/19

**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

**CPF:** 073.424.494-07

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 08/11/2018

**Titular do CPF:** JEOVA SEVERINO  
SANTIAGO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

### JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 30/05/2019  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041361/19

**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

**CPF:** 073.424.494-07

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 08/11/2018

**Titular do CPF:** JEOVA SEVERINO  
SANTIAGO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

### JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 04/02/2019  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006114/19

**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

**CPF:** 073.424.494-07

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 08/11/2018

**Titular do CPF:** JEOVA SEVERINO  
SANTIAGO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

### JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 07/01/2019  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006114/19

**Número do Sinistro:** 3190017199

**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

**CPF:** 073.424.494-07

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/11/2018

**Titular do CPF:** JEOVA SEVERINO  
SANTIAGO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 15/01/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006114/19

**Vítima:** JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

**CPF:** 073.424.494-07

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 08/11/2018

**Titular do CPF:** JEOVA SEVERINO  
SANTIAGO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

### JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA : 073.424.494-07

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: 07/01/2019  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **073.424.494-07** Nome completo da vítima: **JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**

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

Nome completo: **JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA** CPF: **073.424.494-07**  
Profissão: **REC. INF** Endereço: **SI CAPOEIRA DO MULHO** Número: **520** Complemento: **CASA**  
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **SURUBIM** Estado: **PE** CEP: **55750-000**  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): **(81) 9700-1998**

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

RENDA 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **1295** CONTA: **37595**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DPVAT  
CONTROLE NÃO VERIFICADO  
07 JAN 2019  
Seguradora S...  
Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - RJ CEP: 52011-4

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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, **SURUBIM PE 07/01/19**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Jeova Severino Santiago 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.





# 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: 073.424.494-07 CPF da vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA Nome completo da vítima:

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

Nome completo: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA CPF: 073.424.494-07

Profissão: REC. INF Endereço: SI CAPOEIRA DO MULHO Número: 520 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SURUBIM Estado: PE CEP: 55750-000

E-mail: Tel. (DDD): (81) 9700-1998

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

RENDA 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:

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 37595

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

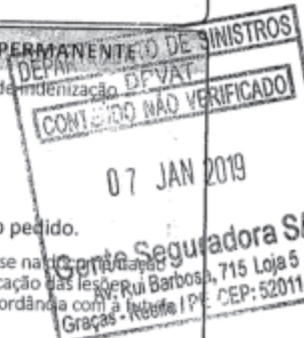
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data, SURUBIM PE 07/01/19  
Nome:  
CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X JEOVA SEVERINO SANTIAGO 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.





# 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: 073.424.494-07 Nome completo da vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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

Nome completo: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA CPF: 073.424.494-07

Profissão: REC-INF Endereço: SI CAPOEIRA DO MILHO Número: 520 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SURUBIM Estado: PE CEP: 55750-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): (81) 9700-1998

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

**RENDA 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 37595

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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 nas informações apresentadas, 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: SURUBIM/PE 07/10/19

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

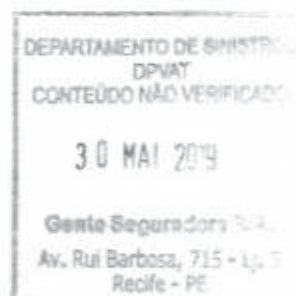
Assinatura da Seguradora Líder  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Recife - PE

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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -  
DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002671**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/11/2018 às  
10:21

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 8/11/2018 no período da Tarde

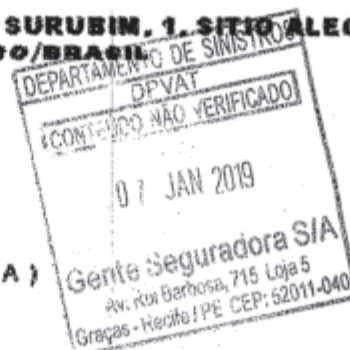
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1. SÍTIO ALEGRE -**  
Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA ( OUTRO )  
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEOVA  
SEVERINO SANTIAGO DA SILVA



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

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

**JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA Pai: SEVERINO ARAUJO DA SILVA Data de Nascimento: 8/9/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SÍTIO CAPOEIRA DO MILHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LUIZ MARCOS REIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUIZ MARCOS REIS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFL3312** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **451728293** Chassi:

902KC1576CR427899

Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

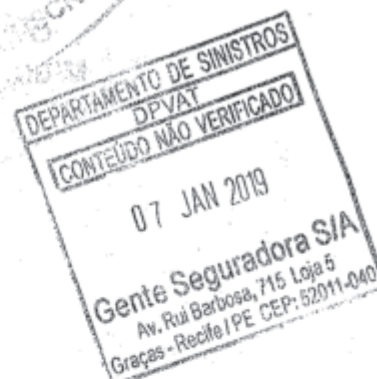
## Complemento / Observação

DIZ A VITIMA QUE ESTAVA indo para sua residência na moto em tela, trafegando por uma estrada de barro, quando se assustou com outro motoqueiro achando que poderia se tratar de um assalto, o SR- JEOVA OLHOU DE LADO, SE DESEQUILIBROU, O PNEU DIANTEIRO DA MOTO DERRAPOU EM UMA PEDRA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A CAIR E SE LESIONANDO, QUEBRANDO A CLAVICULA DIREITA. NO MOMENTO DO ACIDENTE UMA ENFERMEIRA DO PSF DO MIMOSO JA PASSANDO E AVISTOU A VITIMA NO CHAO E CONDUZIU O SR- JEOVA PARA A UPA DO COQUEIRO. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

*Jeova Severino Santiago da Silva*  
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: RONALDO SEVERINO DOS SANTOS - Matrícula: 358901-0







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -  
DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002671**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/11/2018 às  
10:21

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 8/11/2018 no período da Tarde

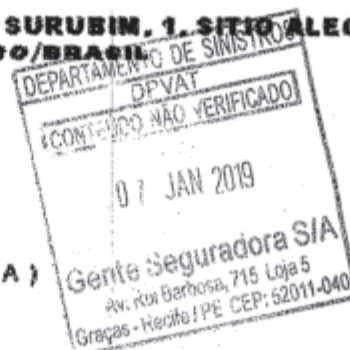
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1. SÍTIO ALEGRE -**  
Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA ( OUTRO )  
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEOVA  
SEVERINO SANTIAGO DA SILVA



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

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

**JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA Pai: SEVERINO ARAUJO DA SILVA Data de Nascimento: 8/9/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SÍTIO CAPOEIRA DO MILHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LUIZ MARCOS REIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUIZ MARCOS REIS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFL3312 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **451728293** Chassi:

902KC1576CR427899

Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

## Complemento / Observação

DIZ A VITIMA QUE ESTAVA indo para sua residência na moto em tela, trafegando por uma estrada de barro, quando se assustou com outro motoqueiro achando que poderia se tratar de um assalto, o SR- JEOVA OLHOU DE LADO, SE DESEQUILIBROU, O PNEU DIANTEIRO DA MOTO DERRAPOU EM UMA PEDRA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A CAIR E SE LESIONANDO, QUEBRANDO A CLAVICULA DIREITA. NO MOMENTO DO ACIDENTE UMA ENFERMEIRA DO PSF DO MIMOSO JA PASSANDO E AVISTOU A VITIMA NO CHAO E CONDUZIU O SR- JEOVA PARA A UPA DO COQUEIRO. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

*Jeova Severino Santiago da Silva*  
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: RONALDO SEVERINO DOS SANTOS - Matrícula: 358901-0

DELEGACIA DE POLICIA DE TRAFICO DE DROGAS  
DELEGACIA DE POLICIA DE TRAFICO DE DROGAS  
DELEGACIA DE POLICIA DE TRAFICO DE DROGAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
07 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -  
DP116ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0206002671

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/11/2018 às  
10:21

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 8/11/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SÍTIO ALEGRE -**  
Bairro: **CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)  
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA (OUTRO)  
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): JEOVA  
SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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

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

**JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA Pai: SEVERINO ARAUJO DA**  
**SILVA Data de Nascimento: 8/9/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SÍTIO CAPOEIRA DO MILHO - CEP:**  
**65000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LUIZ MARCOS REIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:**  
**Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUIZ MARCOS REIS DA SILVA, que**  
**estava em posse do(a) Sr(a): JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DPL3242 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 454728203** Chassi:



496571  
0006114/19  
526512  
018448/19  
3190355298

## Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

9G2KG1870GR487890

Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

## Complemento / Observação

DIZ A VITIMA QUE ESTAVA INDO PARA SUA RESIDENCIA NA MOTO EM TELA, TRAFEGANDO POR UMA ESTRADA DE BARRO, QUANDO SE ASSUSTOU COM OUTRO MOTOQUEIRO ACHANDO QUE PODERIA SE TRATAR DE UM ASSALTO, O SR- JEOVA OLHOU DE LADO, SE DESEQUILIBROU, O PNEU DIANTEIRO DA MOTO DERRAPOU EM UMA PEDRA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A CAIR E SE LESIONANDO, QUEBRANDO A CLAVICULA DIREITA. NO MOMENTO DO ACIDENTE UMA ENFERMEIRA DO PSF DO NIMOSO IA PASSANDO E AVISTOU A VITIMA NO CHAO E CONDUZIU O SR- JEOVA PARA A UPA DO COQUEIRO. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

*Jeova Severino Santiago da Silva*  
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *RONALDO SEVERINO DOS SANTOS* - Matrícula: 350901-0

DELEGACIA DE POLICIA DE TRAFEGANCIA  
11ª CIRCUNSCRIÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
30 MAI 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



# 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: 073.424.494-07 CPF da vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA Nome completo da vítima:

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

Nome completo: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA CPF: 073.424.494-07

Profissão: REC. INF Endereço: SI CAPOEIRA DO MULHO Número: 520 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SURUBIM Estado: PE CEP: 55750-000

E-mail: Tel. (DDD): (81) 9700-1998

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

RENDA 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:

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 37595

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

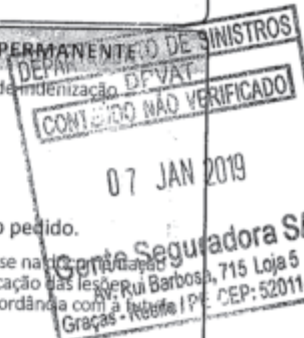
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 apresentação, 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data, SURUBIM PE 07/01/19  
Nome:  
CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X JEOVA SEVERINO SANTIAGO 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.



# 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: 073.424.494-07 CPF da vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA Nome completo da vítima:

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

Nome completo: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA CPF: 073.424.494-07

Profissão: REC. INF Endereço: SI CAPOEIRA DO MULHO Número: 520 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SURUBIM Estado: PE CEP: 55750-000

E-mail: Tel. (DDD): (81) 9700-1998

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

RENDA 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:

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 37595

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

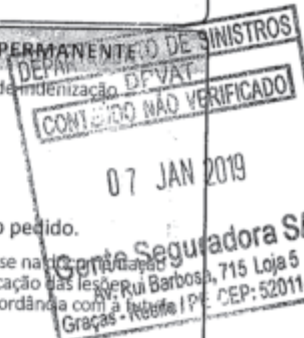
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data, SURUBIM PE 07/01/19  
Nome:  
CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X JEOVA SEVERINO SANTIAGO 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.



# 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: 073.424.494-07 Nome completo da vítima: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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

Nome completo: JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA CPF: 073.424.494-07

Profissão: REC-INF Endereço: SI CAPOEIRA DO MILHO Número: 520 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SURUBIM Estado: PE CEP: 55750-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): (81) 9700-1998

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

**RENDA 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 37595

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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 nas informações apresentadas, 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: SURUBIM/PE 07/10/19

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Jeova Severino Santiago da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Gerente Seguradora S.L.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Recife - PE

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

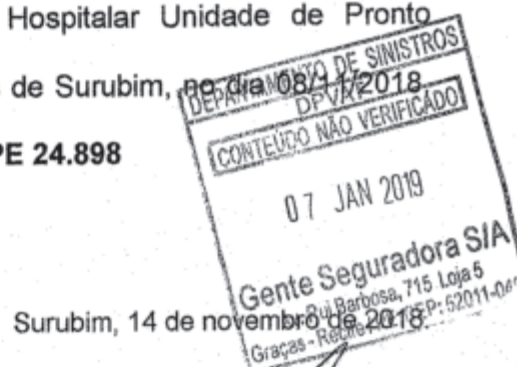
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

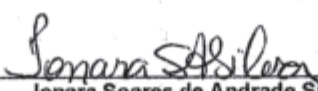
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

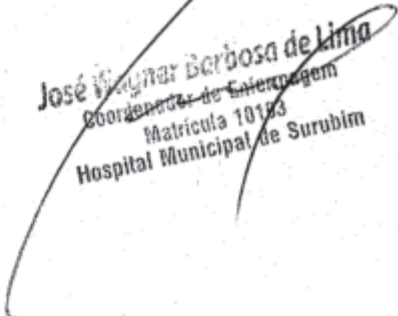


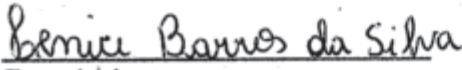
## - DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Jeová Severino Santiago da Silva, 32 anos, filho de Maria Petronila Santiago da Silva, residente à Capoeira do milho S/Nº, na Zona Rural desta Cidade. Solicitou no dia 14/11/2018 cópia do seu prontuário devido acidente motociclístico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, no dia 08/12/2018 pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. **CRM/PE 24.898**



  
Ionara Soares de Andrade Silva  
SAME

  
José Wagner Barbosa de Lima  
Coordenador de Enfermagem  
Matrícula 10183  
Hospital Municipal de Surubim

  
Recebido  
RG 4990353



3IM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
4H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

TIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDA

Nº OCORRÊNCIA: 00040378

Matrícula: 26768

CNS: 898003734642533

Idade: 32 Anos 2 Meses

Sexo: MASCULINO

Nome: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
CAPOEIRA DO MILHO

Nº:

Nascimento: 08/09/1986

Est.Civil: SOLTEIRO

Endereço: SURUBIM

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Nac.:

Doc nº: 7688048

Pai: SEVERINO ARCANJO DA SILVA

Nome da Mãe: MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA

Responsável:

Assinatura:

nas Ocorrências:

| Nº     | Hora  | Nº Ocorrência | Situação/Sintomas/Queixas/Eventos                                     |
|--------|-------|---------------|---|
| 9/2018 | 09:51 | 00033281      | ECG   |
| 6/2018 | 13:44 | 00019881      | PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS. Q |
| 3/2018 | 12:32 | 00002354      | EXAMES  |

CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

| ORÁRIO: | P.A. | FC | PULSO | PESO | ASSINATURA |
|---------|------|----|-------|------|------------|
|         |      |    |       |      |            |

EXAMES / DIAGNÓSTICO:

paciente sofreu acidente de  
tráfego com fratura da  
coluna cervical.

TRATAMENTO:

Dr. Pizora Orsini

Carla Barbosa Arruda  
Téc. Emergência  
CONEN-PE 1129628



EXAMES COMPLEMENTARES:

HPA

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

fratura de coluna cervical

CID:

ATIVIDADE DA SAÍDA:

SIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

Em \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_\_

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 08/11/2018 15:39:56

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

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA  
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM  
Médico  
CRM-PE 24808

HORÁRIO:

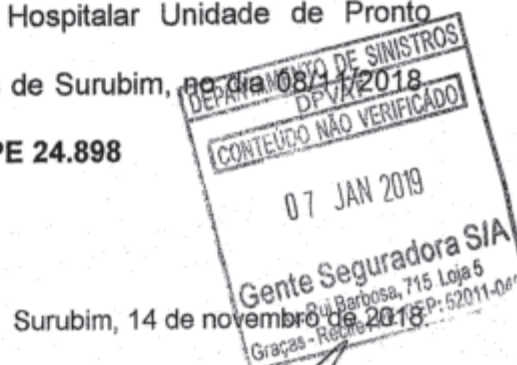
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO |
|------------------------|--------------------|---------|
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA

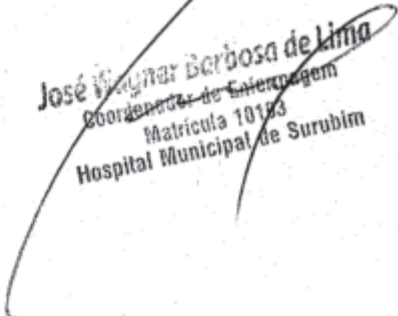


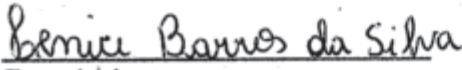
## - DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Jeová Severino Santiago da Silva, 32 anos, filho de Maria Petronila Santiago da Silva, residente à Capoeira do milho S/Nº, na Zona Rural desta Cidade. Solicitou no dia 14/11/2018 cópia do seu prontuário devido acidente motociclístico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, no dia 08/12/2018 pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. **CRM/PE 24.898**



  
Ionara Soares de Andrade Silva  
SAME

  
José Wagner Barbosa de Lima  
Coordenador de Enfermagem  
Matrícula 10183  
Hospital Municipal de Surubim

  
Recebido  
RG 4990353



3IM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
4H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

TIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDA

Nº OCORRÊNCIA: 00040378

Matrícula: 26768

CNS: 898003734642533

Idade: 32 Anos 2 Meses

Sexo: MASCULINO

Nome: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
CAPOEIRA DO MILHO

Nº:

Nascimento: 08/09/1986

Est.Civil: SOLTEIRO

Endereço: SURUBIM

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Nac.:

Doc nº: 7688048

Pai: SEVERINO ARCANJO DA SILVA

Responsável:

Nome: MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA

Assinatura:

nas Ocorrências:

| Nº     | Hora  | Nº Ocorrência | Situação/Sintomas/Queixas/Eventos                                     |
|--------|-------|---------------|---|
| 9/2018 | 09:51 | 00033281      | ECG   |
| 6/2018 | 13:44 | 00019881      | PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS. Q |
| 3/2018 | 12:32 | 00002354      | EXAMES  |

CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

| ORÁRIO: | P.A. | FC | PULSO | PESO | ASSINATURA |
|---------|------|----|-------|------|------------|
|         |      |    |       |      |            |

EXAMES / DIAGNÓSTICO:

paciente sofreu acidente de  
tráfego com fratura da  
coluna cervical.

TRATAMENTO:

Dr. Pizora Orsini

Carla Barbosa Arruda  
Téc. Emergência  
CONEN-PE 1129628



EXAMES COMPLEMENTARES:

HPA

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

fratura de coluna cervical

CID:

ATIVIDADE DA SAÍDA:

SIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

OBJETO:

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

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 08/11/2018 15:39:56

|                                      |  |                              |
|--------------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CURATIVO    | <input type="checkbox"/> BÁSICO            | <input type="checkbox"/> ESP |
| <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO |                              |

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA | <input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA |
| <input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA     | <input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA |

MÉDICO / CRM  
Médico  
CRM-PE 24808

HORÁRIO:

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO |
|------------------------|--------------------|---------|
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA

IM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

Nº OCORRÊNCIA: 00040378

**TIPO DE EMERGÊNCIA**

uário: 26768

CPF: 26768  
NOME: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
MUNICÍPIO: CAPOEIRA DO MILHO

de: SURUBIM

1e: SURUBIM  
MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA

ssão:

**nas Ocorrências:**

| Nº  | Hora: | Nº Ocorrência: | Situação:   | Assinatura: |
|---|-------|----------------|---|-------------|
| 9/2018  | 09:51 | 00033281       | ECG   |             |
| 6/2018  | 13:44 | 00019881       | PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS. C |             |
| 3/2018  | 12:32 | 00002354       | EXAMES  |             |
| <input type="checkbox"/> NÃO URGÊNCIA ( ) <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA ( ) <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO ( ) <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRÂNSITO ( ) |       |                |   |             |
|   |       |                |   | ASSINATURA  |

|           |              |                  |                |       |      |            |
|-----------|--------------|------------------|----------------|-------|------|------------|
| CONSULTA: | URGÊNCIA ( ) | NÃO URGÊNCIA ( ) | EMERGENCIA ( ) | PULSO | PESO | ASSINATURA |
|-----------|--------------|------------------|----------------|-------|------|------------|

|                   |      |    |       |      |
|-------------------|------|----|-------|------|
| CONSULTA: URGENTE |      |    |       |      |
| ORÁRIO:           | P.A. | FC | PULSO | PESO |

EXAS / DIAGNÓSTICO:

ciente sofreu ACIDENTE de  
tróca de com fratura da  
vértebra D12 e T13.

**TRATAMENTO:**

**TRATAMENTO:**

A.O.P. Rona Ocampin

Carla Barbosa Almeida  
Farmacêutica  
CONEP-PE 1129328

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

**Gente Seguradora S/A.**  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

16:00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-04

TEMES COMPLEMENTARES:

SERIAL: 555246

TEMES COMPLEMENTARES:

**ATIVO DA SAÍDA:**

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

STIFICATIVA:

NCAMINHADO:

REMOVED:

ЖИТО:

Is \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_\_

ATA SAÍDA:

ORA SAÍDA:

ATA: 08/11/2018 15:39:56

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

fração de choque direta

**CID:**

TÉCNICO / COREN

☐ CURATIVO  
☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO ☐ ESP  
☐ RETIRADA DE PONTO

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐

|                          |                 |                          |                    |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | URGÊNCIA BÁSICA | <input type="checkbox"/> | URG. ESPECIALIZADA |
| <input type="checkbox"/> | OBS. BÁSICA     | <input type="checkbox"/> | OBS. ESPECIALIZADA |

**MEDICO / CRM**  
Votico  
CRM - 71.1408

**HORÁRIO:**

**CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

**TÉCNICO / CONSELHO**

## HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA





## NOVA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-26 | Insc. Est. 0005943-03 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

### DADOS DO CLIENTE

JOSEFA CECILIA OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 024.673.154-01

### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CAPOEIRA DO MILHO 520

ZONA RURAL SURUBIM RURAL SURUBIM  
SURUBIM PE  
55750-000

|                   |               |                  |
|-------------------|---------------|------------------|
| Nº DA NOTA FISCAL | GENRE         | RECEBIM.EMISSÃO  |
| GG9335777         | ÚNICA         | 16/11/2018       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 16/11/2016        | 2000872223    | 3777067          |

|                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| CONTA CONTRATO     | MIGRANO                   |
| 1814816016         | 11/2018                   |
| DATA DI VENCIMENTO | DATA PER LA PRIMA LETTERA |
| 23/11/2018         | 18/12/2018                |
| TOTAL A PAGAR (€)  |                           |
|                    | 57.31                     |

## DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

|  | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo(KWh)                       | 88,0000000 | 0,73645862  | 50,81       |
| Acréscimo Bandeira AMARELA               |            |             | 0,50        |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA              |            |             | 2,27        |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |             | 3,32        |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 031780873-14/08/18 |            |             | 0,41        |

TOTAL DA FATURA

57.31

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |           | ATUAL      |           | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|--------|---------------|
|               |                | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   |            |           |        |               |
| 908930        | CAF            | 17/10/2018 | 14.981,03 | 18/11/2018 | 15.930,00 | 30         | 1,00000   |        | 88,00         |

## HISTORICAL BACKGROUND

### REFERENCES

**ACKNOWLEDGMENTS**

| Mês/Ano (MWh) | Consumo (MWh) |
|---------------|---------------|
| NOV/16        | 60            |
| OUT/16        | 75            |
| SET/16        | 63            |
| AGO/16        | 66            |
| JUL/16        | 61            |
| JUN/16        | 64            |
| MAI/16        | 66            |
| ABR/16        | 54            |
| MAR/16        | 63            |
| FEV/16        | 69            |
| JAN/16        | 65            |
| DEZ/17        | 52            |
| NOV/17        | 51            |

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Comercializadora: extrusão das refinações Centro: Financiamos a venda: e o seu salário R\$500,00  
 atendente: dia completo em www.zelpe.com.br - No dia de entrega e bônus em vigor e a América. Mais informações em  
 www.anel.gov.br. O cliente é responsável quanto à violação no período individual sobre o nível de formação de financiamento.  
 Pague em estabelecimento (R\$144.000,00), Juros (R\$144.000,00) e atualização monetária no prazo. Não o cliente é  
 responsável quanto à despesa com o preço de venda por cada unidade de atendimento comercial.

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS REDES DE SUPRIMENTOS

| CONJUNTO<br>SULFURM | VALOR<br>APROXIMADO<br>R\$/2016 | LIMITE<br>MATERIAL | LIMITE<br>TRIBUTATÓRIA | LIMITE<br>ANUAL | TENSÃO<br>NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |        |
|---------------------|---------------------------------|--------------------|------------------------|-----------------|-----------------------|------------------------|--------|
|                     |                                 |                    |                        |                 |                       | mínimo                 | máximo |
| DIC                 | 0,00                            | 10,87              | 21,74                  | 43,49           | 220                   | 202                    | 231    |
| FIC                 | 0,00                            | 7,74               | 15,48                  | 30,96           |                       |                        |        |
| DMC                 | 0,00                            | 5,86               | 0,00                   | 0,00            |                       |                        |        |

\* para cada 100 reais de fatura do Sistema de Crédito, R\$ = R\$ 10,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
07 JAN 2019  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Rui Barbosa  
Gratão - Santos - SP







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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-502  
CNPJ 10.835.930/0001-08 | Insc. Est. 9009943-03 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

JOSEFA CECILIA OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 024.673.154-01

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI CAPOEIRA DO MILHO 520

ZONA RURAL SURUBIM/RURAL SURUBIM  
SURUBIM PE  
55750-000

| Nº DA NOTA FISCAL | DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO |
|-------------------|-----------------|--------------------|
| 039335777         | 18/11/2018      | 18/12/2018         |
| 039335777         | 18/11/2018      | 18/12/2018         |

| CONTA CONTRATADA    | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA |
|---------------------|---------------------------|
| 1814816016          | 11/2018                   |
| 23/11/2018          | 18/12/2018                |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 57,31                     |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                 | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)  |
|--|------------|-------------|--------------|
| Consumo Ativo (kWh)                      | 68,0000000 | 0,73645882  | 50,81        |
| Acréscimo Bandeira AMARELA               |            |             | 0,50         |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA              |            |             | 2,27         |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |             | 3,32         |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 031780873-14/08/18 |            |             | 0,41         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |             | <b>57,31</b> |

| Nº DO MEDIDOR | Tipo DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| V00930        | CAT            | 17/10/2018    | 14.881,00        | 18/11/2018 | 15.230,00     | 30         | 1,00000   |        | 68,00         |

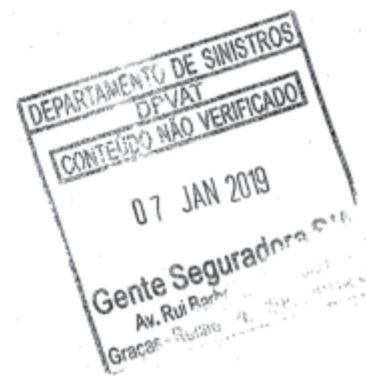
| HISTÓRICO DE CONSUMO | INFORMAÇÕES CONTRATO | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO                 |
|----------------------|----------------------|---------------------------------------|
| Mês Ano kWh          |                      |                                       |
| NOV 18 69            |                      | Geração de Energia R\$ 17,37 32,43%   |
| OUT 18 75            |                      | Transmissão R\$ 2,48 4,33%            |
| SET 18 63            |                      | Distribuição (Celpe) R\$ 11,53 21,52% |
| AGO 18 66            |                      | Perdas de Energia R\$ 3,83 6,77%      |
| JUL 18 81            |                      | Energia Solar R\$ 2,37 4,31%          |
| JUN 18 64            |                      | Tributos R\$ 15,82 27,99%             |
| MAY 18 66            |                      | <b>Total R\$ 53,58 100%</b>           |
| ABR 18 54            |                      |                                       |
| MAR 18 42            |                      |                                       |
| FEV 18 49            |                      |                                       |
| JAN 18 65            |                      |                                       |
| DEZ 17 52            |                      |                                       |
| NOV 17 51            |                      |                                       |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você, ou pelo cartão de crédito, ou pelo boleto bancário. O boleto bancário é emitido em nome da Companhia Energética de Pernambuco. O boleto bancário é emitido em nome da Companhia Energética de Pernambuco. O boleto bancário é emitido em nome da Companhia Energética de Pernambuco.

| CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA |
|---------------------------|---------------------------|
| 1814816016                | 11/2018                   |
| 23/11/2018                | 18/12/2018                |
| TOTAL A PAGAR (R\$)       | 57,31                     |

| CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA |
|---------------------------|---------------------------|
| 1814816016                | 11/2018                   |
| 23/11/2018                | 18/12/2018                |
| TOTAL A PAGAR (R\$)       | 57,31                     |









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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-902  
CNPJ 10.835.932/0001-09 | Insc. Est. 0025943-80 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

JOSEFA CECILIA OLIVEIRA DA SILVA

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

S: CAPOEIRA DO MILHO 520

CPF 024 673 154-01

ZONA RURAL SURUBIM RURAL SURUBIM  
SURUBIM PE  
55750-000

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

| Nº DA NOTA FISCAL | SEDE         | ARMAZÉM          |
|-------------------|--------------|------------------|
| 039335777         | UNICA        | 16/11/2018       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO QUENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 16/11/2018        | 203672223    | 3777087          |

| CONTA CONTRATO      | MÊS/ANO           |
|---------------------|-------------------|
| 1814816018          | 11/2018           |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA DE PAGAMENTO |
| 23/11/2018          | 18/12/2018        |
| VALOR A PAGAR (R\$) | 57,31             |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                 | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)  |
|--|------------|-------------|--------------|
| Consumo Ativo (Wh)                       | 88,0000000 | 0,73645862  | 64,81        |
| Acrescimo Bandeira AMARELA               |            |             | 0,50         |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA              |            |             | 2,27         |
| Contrib. Num. Pública Municipal          |            |             | 3,30         |
| ICMS Subvenção CDE-NF 031780873-14/09/18 |            |             | 0,41         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |             | <b>57,31</b> |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |               |                  |            |               |            |               |
|--|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LECTURA | ATUAL DATA | ATUAL LECTURA | Nº DE DIAS | CONSUMO (KWH) |
| 105530                                     | CR1            | 17/10/2018    | 14.381,00        | 16/11/2018 | 15.000,00     | 30         | 88,00         |

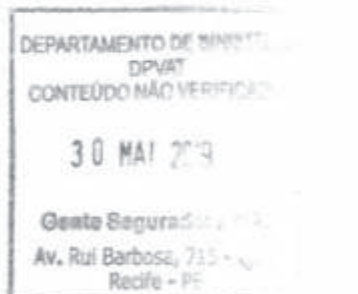
| HISTÓRICO DE CONSUMO |     | INDICADORES DE CUSTO     |       | COMPOSIÇÃO DO CUSTO                     |                     |        |
|----------------------|-----|--------------------------|-------|---|---------------------|--------|
| Mês/Ano              | KWh | BASE DE CÁLCULO          | %     | VALOR DO IMPORTE                        | Composição do Custo |        |
| NOV-18               | 82  | ICMS                     | 62,88 | 25,00                                   | 13,26               | 30,43% |
| OUT-18               | 75  | PIS                      | 51,50 | 0,74                                    | 0,25                | 4,39%  |
| SET-18               | 81  | COFINS                   | 51,50 | 2,84                                    | 1,34                | 2,37%  |
| AUG-18               | 86  |                          |       |   |                     |        |
| JUL-18               | 91  |                          |       |   |                     |        |
| JUN-18               | 84  |                          |       |   |                     |        |
| MAR-18               | 88  |                          |       |   |                     |        |
| FEV-18               | 84  |                          |       |   |                     |        |
| DEZ-17               | 80  |                          |       |   |                     |        |
| NOV-17               | 80  |                          |       |   |                     |        |
|                      |     | TARIFAS APLICADAS        |       | R\$ 0,5219000                           |                     |        |
|                      |     | Consumo Atualizado (KWh) |       | 0,5219000                               |                     |        |
|                      |     | NUMERAÇÃO DE FISCOS      |       | 5468 6753 8082 8082 936A E78A FR38 7694 |                     |        |
|                      |     | INFORMAÇÕES IMPORTANTES  |       |   |                     |        |

Informações importantes:

Figura-se como mais período de consumo comercializado: enviado nos últimos cinco (5) dias úteis para o cliente, em caso de não recebimento, o cliente deve entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco (CEPE) para esclarecimentos e/ou solicitar a substituição do medidor.

| NÍVEL DE TENSÃO    |                        |       |       |       |
|--------------------|------------------------|-------|-------|-------|
| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) | VALOR | VALOR | VALOR |
| 220                | 202                    | 231   |       |       |

| NÍVEL DE TENSÃO    |                        |       |       |       |
|--------------------|------------------------|-------|-------|-------|
| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) | VALOR | VALOR | VALOR |
| 220                | 202                    | 231   |       |       |







RUA JOÃO BATISTA 370

CENTRO/SURUBIM  
SURUBIM PE  
66750-000

NEUROLOGICAL PROBLEMS

03761107

02/11/2016

7/26/11 6:20 PM

10/12/2011

07/11/2018

3763094

[illegible]

168

Consumer Association

**ACTIONO BANDERA ANAFRELA**  
**ACTIONO BANDERA VITRINELUS**

© 2006 by John Wiley & Sons, Inc.

ICMS Subvenção COE-NF 028637723-09/06/11

1985,000,000,000

0.73046662

138,24

0.00

| Nº DO<br>MEMORIO | Tipo de<br>Folhaço | APROVAÇÃO<br>DATA | LÍDER      | DATA       | ATUAL<br>LÍDER | Nº DE<br>COMISSÃO | ALISTE  | COMISSÃO INVT |
|------------------|--------------------|-------------------|------------|------------|----------------|-------------------|---------|---------------|
| CAR              |                    | 08-10-2018        | 24.817,100 | 02-11-2018 | 24.898,100     | 20                | 1.20000 | (R\$ 0,0)     |

2005/06/06 14:00:00

1170

0786-900X(200005)10:03;1-B

[illegible][illegible]

1455 13420 1447 1403 5 1347 1347 1350

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEVAT  
CONTABILIDAD VERIFICADO

nte Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Recife - PE 50050-000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

**Geate Seguradora S/A.**  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1421884961

LOCAL  
BUNNIN - PE  
DATA EMISSION  
10/04/2017

 Chelmsford Andrew Lewis Wilson  
Director, President

PERNAMBUCO

— *Journal of the American Medical Association*

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| ADRIANA MARIA SOUZA DE ALBUQUERQUE FERREIRA       |                             |
| DOC. IDENTIFIC. (OUT. INSCRIÇÃO): 4410339 SUP. PE |                             |
| CPF: 945.234.444-04                               | DATA NASCIMENTO: 06/07/1974 |
| PLACAO: JOSE GOMES DE SOUZA                       |                             |
| TOMARTE FERREIRA DE NO                            |                             |
| IDEA  |                             |
| IDENTIFIC.:                                       | DATA INSCRIÇÃO:             |
| 03/04/2002  | 21/06/2002                  |
| VALOR: 03/04/2002                                 |                             |
| 0237804479  |                             |

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular 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 ADRIANA M<sup>te</sup> MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, 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 informado, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
07 JAN 2019  
Seguradora SIA  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife / PE CEP: 52011-111

|  |                          |  |   |
|--|--------------------------|--|---|
| Endereço<br><u>RUA JOÃO BATISTA</u>        |                          | Número<br><u>370</u>                             | Complemento<br><u>CASA</u>                      |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>                    | Cidade<br><u>SURUBIM</u> | Estado<br><u>PE</u>                              | CEP<br><u>55760-000</u>                         |
| Email<br><u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u> |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>(81) 9700-1998</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(81) 9161-3907</u> |

SURUBIM PE, 07 de JANEIRO de 2019  
Local e Data

Adriana M<sup>te</sup> M. de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular 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 ADRIANA M<sup>te</sup> MOURA DE A. FERNANDES inscrita (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrita (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrita (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, 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 informado, 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<br><u>RUA JOÃO BATISTA</u>        |                          | Número<br><u>370</u>                             | Complemento<br><u>CASA</u>                      |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>                    | Cidade<br><u>SURUBIM</u> | Estado<br><u>PE</u>                              | CEP<br><u>55760-000</u>                         |
| Email<br><u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u> |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>(81) 9700-1998</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(81) 9161-3907</u> |

SURUBIM PE, 07 de JANEIRO de 2019  
Local e Data

Adriana M<sup>te</sup> M. de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante





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 ADRIANA M<sup>te</sup> MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07 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<br><u>RUA JOÃO BATISTA</u>          |                          | Número<br><u>370</u>                             | Complemento<br><u>CASA</u>                      |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>                      | Cidade<br><u>SURUBIM</u> | Estado<br><u>PE</u>                              | CEP<br><u>55750-000</u>                         |
| Email<br><u>A.F.SEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u> |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>(81) 9700-1998</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(81) 9161-3907</u> |

SURUBIM PE, 07 de JANEIRO de 2019  
Local e Data

Adriana M<sup>te</sup> M. de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
30 MAI 2019  
  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 1  
Recife - PE

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ MARCOS REIS DA SILVA,

RG nº 4.555.361, data de expedição 14/02/13,

Órgão SDSIPE, portador do CPF nº 879.941.784-72, com domicílio na cidade de SURUBIM, no Estado de

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

SITIO FURNAS, ZONA RURAL, nº \_\_\_\_\_,

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

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

vítima JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA cujo o condutor era

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 FAN EST

Ano: 2012

Placa: PFL 3812

Chassi: 9C2KC1670CR487890

Data do Acidente: 08/11/18

Local e Data: SURUBIM/PE 22/11/18

Luiz Marcos Reis da Silva

Assinatura do Declarante

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ MARCOS REIS DA SILVA,

RG nº 4.555.361, data de expedição 14/02/13,  
Órgão SDSIPE, portador do CPF nº 879.941.784-72, com  
domicílio na cidade de SURUBIM, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SITIO FURNAS, ZONA RURAL, nº \_\_\_\_\_,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA cujo o condutor era  
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA CG 150 FAN EST  
Ano: 2012  
Placa: PFL 3812  
Chassi: 9C2KC1670CR487890  
Data do Acidente: 08/11/18  
Local e Data: SURUBIM/PE 22/11/18

Luiz Marcos Reis da Silva  
Assinatura do Declarante

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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





## Declaração do Proprietário do Veículo

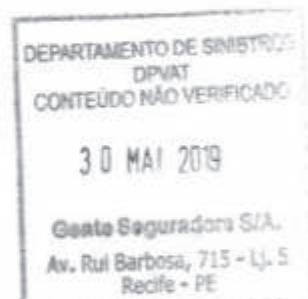
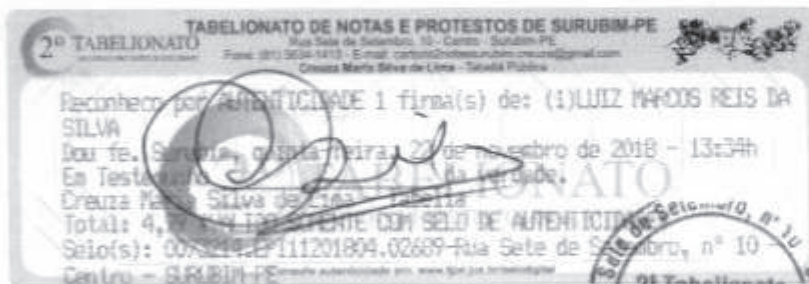
Eu, LUIZ MARCOS REIS DA SILVA,  
RG nº 4.555.361, data de expedição 14/02/13,  
Órgão SDSIPE, portador do CPF nº 879.941.784-72, com  
domicílio na cidade de SURUBIM, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SITIO FURNAS, ZONA RURAL, nº \_\_\_\_\_,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA cujo o condutor era  
JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA CG 150 FAN EST  
Ano: 2012  
Placa: PFL 3312  
Chassi: 9C2KC1670CR487890  
Data do Acidente: 08/11/18  
Local e Data: SURUBIM/PE 22/11/18

 Luiz Marcos Reis da Silva  
Assinatura do Declarante

JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

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



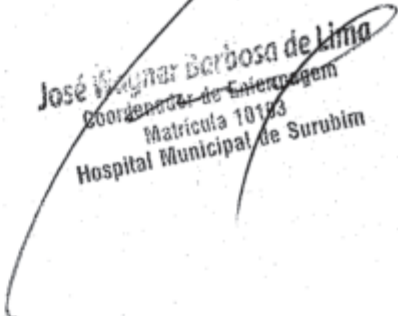


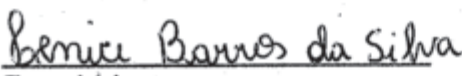
## - DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Jeová Severino Santiago da Silva, 32 anos, filho de Maria Petronila Santiago da Silva, residente à Capoeira do milho S/Nº, na Zona Rural desta Cidade. Solicitou no dia 14/11/2018 cópia do seu prontuário devido acidente motociclístico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, no dia 08/12/2018 pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. **CRM/PE 24.898**



  
Ionara Soares de Andrade Silva  
SAME

  
José Wagner Barbosa de Lima  
Coordenador de Enfermagem  
Matrícula 10183  
Hospital Municipal de Surubim

  
Recebido  
RG 4990353

3IM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
4H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

TIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDA

Nº OCORRÊNCIA: 00040378

Matrícula: 26768

CNS: 898003734642533

Idade: 32 Anos 2 Meses

Sexo: MASCULINO

Nome: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
CAPOEIRA DO MILHO

Nº:

Nascimento: 08/09/1986

Est.Civil: SOLTEIRO

Endereço: SURUBIM

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Nac.:

Doc nº: 7688048

Pai: SEVERINO ARCANJO DA SILVA

Responsável:

Nome: MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA

Assinaturas:

1: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:  
9/2018 09:51 00033281 ECG  
6/2018 13:44 00019881 PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS. Q  
3/2018 12:32 00002354 EXAMES

CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

| ORÁRIO: | P.A. | FC | PULSO | PESO | ASSINATURA |
|---------|------|----|-------|------|------------|
|         |      |    |       |      |            |

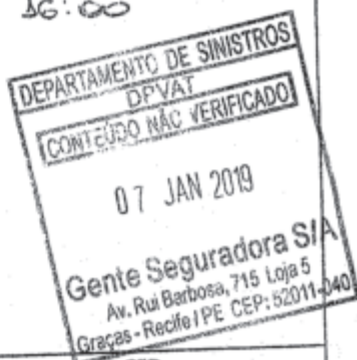
EXAMES / DIAGNÓSTICO:

paciente sofreu acidente de  
tráfego com fratura da  
coluna cervical.

TRATAMENTO:

Dr. Pizora Ortopedia

Carla Barbosa Arruda  
Téc. Emergência  
CONEN-PE 1129628



EXAMES COMPLEMENTARES:

HPA

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

fratura de coluna cervical

CID:

ATIVIDADE DA SAÍDA:

SIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

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

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 08/11/2018 15:39:56

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

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:  
☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA  
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM  
Médico  
CRM-PE 24808

HORÁRIO:

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO |
|------------------------|--------------------|---------|
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA





**IRM**  
INSTITUTO ROBERTO MATEUS

Ao INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS

**Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO**

0006114/19

Atesto para os devidos fins previdenciários que a Sra. **JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**, 32 anos, garf, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) que resultou em fratura do terço médio da clavícula direita em 08 de novembro de 2018. Encontra-se em acompanhamento médico com imobilização ortopédica. Há restrição de suas atividades laborativas, redução da capacidade do trabalho e comprometimento de sua qualidade de vida. Encontra-se impossibilitado de realizar suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia do INSS.

**CID 10: S 42.0**

Sem mais para o momento, renovamos a nossa expressão da mais elevada consideração e apreço, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Certos de vossa atenção.

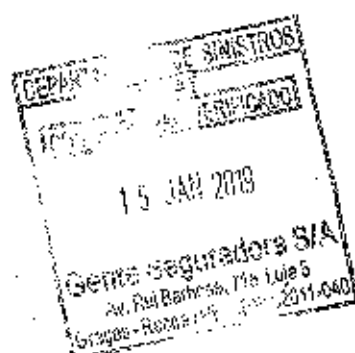
Atenciosamente,

ROBERTO MATEUS  
ORTOPEDIA  
CRM 11695

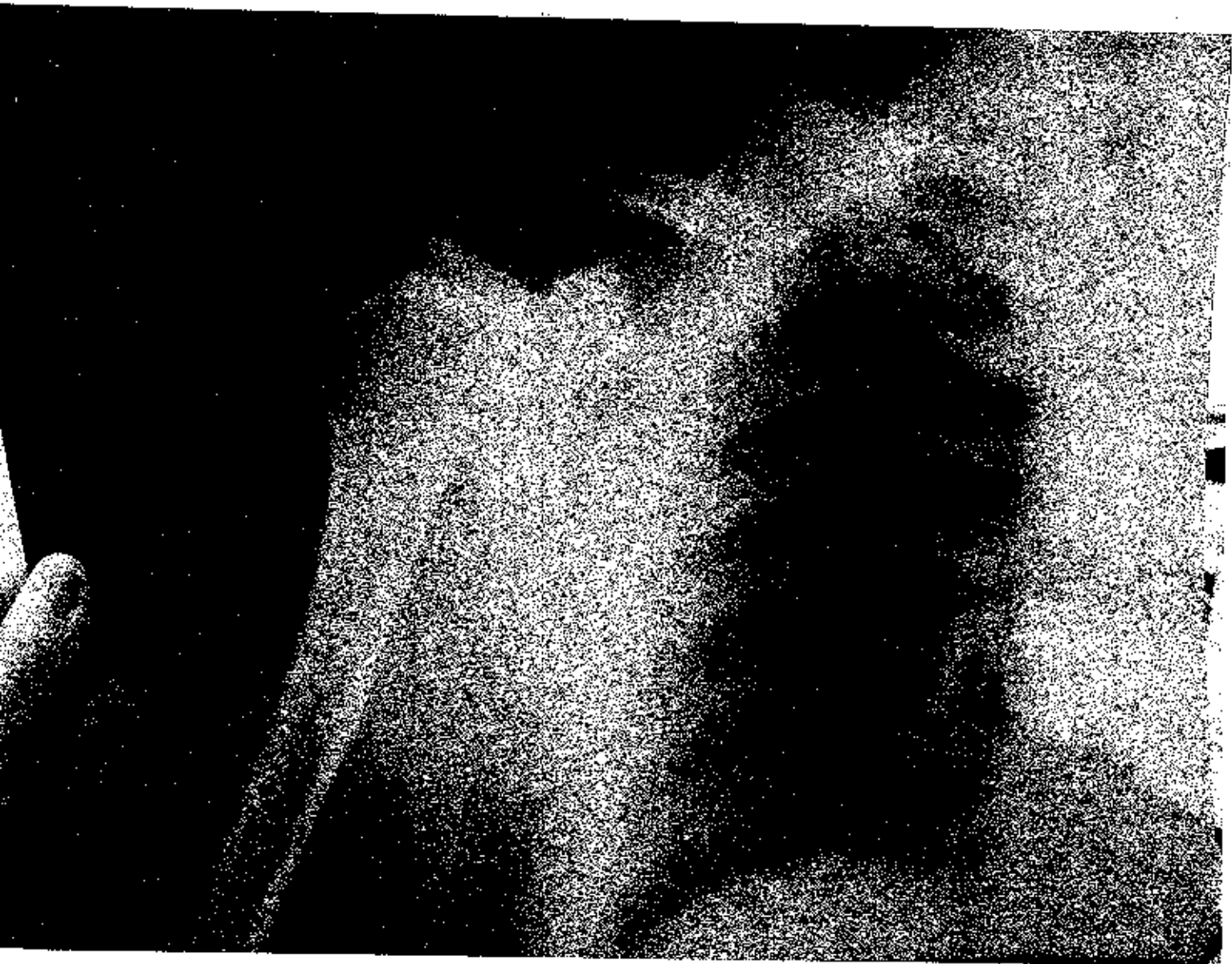
ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS - CREMEPE: 11695.

Surubim, 20 de novembro de 2018

10:54:52



0041361/19  
502612



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DE VAT  
LOTO NÃO VERIFICADO  
04 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040



**IRM**  
INSTITUTO ROBERTO MATEUS

Ao INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS

**Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO**

0006114/19

Atesto para os devidos fins previdenciários que a Sra. **JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**, 32 anos, garf, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) que resultou em fratura do terço médio da clavícula direita em 08 de novembro de 2018. Encontra-se em acompanhamento médico com imobilização ortopédica. Há restrição de suas atividades laborativas, redução da capacidade do trabalho e comprometimento de sua qualidade de vida. Encontra-se impossibilitado de realizar suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia do INSS.

**CID 10: S 42.0**

Sem mais para o momento, renovamos a nossa expressão da mais elevada consideração e apreço, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Certos de vossa atenção.

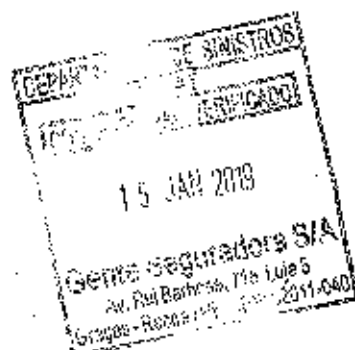
Atenciosamente,

ROBERTO MATEUS  
ORTOPEDIA  
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS - CREMEPE: 11695.

Surubim, 20 de novembro de 2018

10:54:52

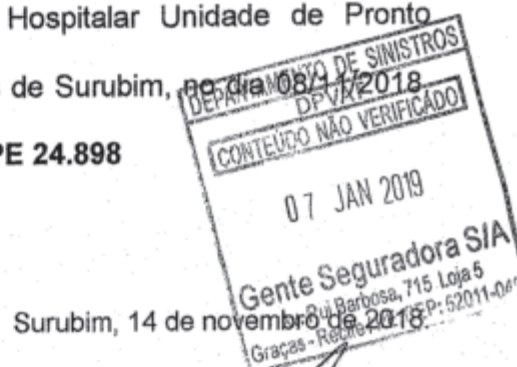


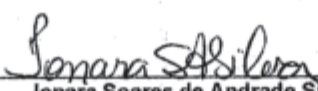


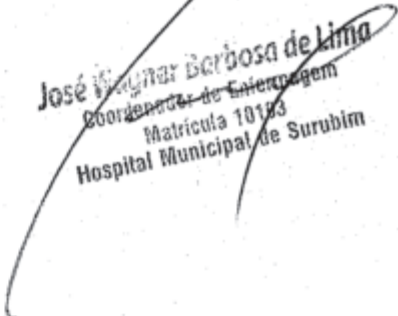


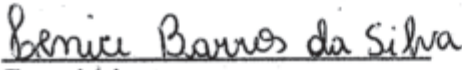
## - DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Jeová Severino Santiago da Silva, 32 anos, filho de Maria Petronila Santiago da Silva, residente à Capoeira do milho S/Nº, na Zona Rural desta Cidade. Solicitou no dia 14/11/2018 cópia do seu prontuário devido acidente motociclístico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, no dia 08/12/2018 pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. **CRM/PE 24.898**



  
Ionara Soares de Andrade Silva  
SAME

  
José Wagner Barbosa de Lima  
Coordenador de Enfermagem  
Matrícula 10183  
Hospital Municipal de Surubim

  
Recebido  
RG 4990353

3IM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
4H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

TIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDA

Nº OCORRÊNCIA: 00040378

Matrícula: 26768

CNS: 898003734642533

Idade: 32 Anos 2 Meses

Sexo: MASCULINO

Nome: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
CAPOEIRA DO MILHO

Nº:

Nascimento: 08/09/1986

Est.Civil: SOLTEIRO

Endereço: SURUBIM

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Nac.:

Doc nº: 7688048

Pai: SEVERINO ARCANJO DA SILVA

Responsável:

Nome da Mãe: MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA

Assinatura nas Ocorrências:

| Nº     | Hora  | Nº Ocorrência | Situação/Sintomas/Queixas/Eventos                                     |
|--------|-------|---------------|---|
| 9/2018 | 09:51 | 00033281      | ECG   |
| 6/2018 | 13:44 | 00019881      | PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS. Q |
| 3/2018 | 12:32 | 00002354      | EXAMES  |

CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

| ORÁRIO: | P.A. | FC | PULSO | PESO | ASSINATURA |
|---------|------|----|-------|------|------------|
|         |      |    |       |      |            |

EXAMES / DIAGNÓSTICO:

paciente sofreu acidente de  
tráfego com fratura da  
coluna cervical.

TRATAMENTO:

Dr. Pizora Orsini

Carla Barbosa Arruda  
Téc. Emergência  
CONEN-PE 1129628



EXAMES COMPLEMENTARES:

HPA

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

fratura de coluna cervical

CID:

ATIVIDADE DA SAÍDA:

SIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

Em \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_\_

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 08/11/2018 15:39:56

|                                      |  |                              |
|--------------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CURATIVO    | <input type="checkbox"/> BÁSICO            | <input type="checkbox"/> ESP |
| <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO |                              |

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA | <input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA |
| <input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA     | <input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA |

MÉDICO / CRM  
Médico  
CRM-PE 24008

HORÁRIO:

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO |
|------------------------|--------------------|---------|
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA



IM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
R. DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

**IM DE EMERGÊNCIA**

Nº: 26768  
Paciente: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA  
Endereço: CAPOEIRA DO MILHO  
Cidade: SURUBIM  
Mãe: MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA

Cor/Raça: PARDA

Idade: 32 Anos 2 Meses  
Nascimento: 08/09/1986  
Bairro: ZONA RURAL  
Nac.:  
Pai: SEVERINO ARCANJO DA SILVA  
Responsável:

Nº OCORRÊNCIA: 00040378

Sexo: MASCULINO  
Est.Civil: SOLTEIRO  
CEP: 55750000  
Doc nº: 7688048

**nas Ocorrências:**

| Nº     | Hora  | Nº Ocorrência | Situação/Sintomas/Queixas/Eventos                                     |
|--------|-------|---------------|---|
| 9/2018 | 09:51 | 00033281      | ECG   |
| 6/2018 | 13:44 | 00019881      | PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS. C |
| 3/2018 | 12:32 | 00002354      | EXAMES  |

| CONSULTA: | URGÊNCIA ( ) | NÃO URGÊNCIA ( ) | EMERGÊNCIA ( ) | ACIDENTE TRABALHO ( ) | ACIDENTE TRÂNSITO ( ) |
|-----------|--------------|------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|
| ORÁRIO:   | P.A.         | FC               | PULSO          | PESO                  | ASSINATURA            |

**EXAS / DIAGNÓSTICO:**

paciente sofreu acidente de  
tráfego com fratura da  
coluna cervical.

**TRATAMENTO:**

Dr. J. P. R. O. Campim

Carla Barbosa Arruda  
Téc. em Dermato  
CONECT-PE 1129328

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
30 MAI 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
L...  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grupos - Recife/PE CEP: 52011-040

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

SENHA: 555246

MRP

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

fratura de coluna cervical

**TIPO DA SAÍDA:**

AMBULATÓRIA ☐ INTERNADO ☐

**JUSTIFICATIVA:**

**ENCAMINHADO:**

**REMOVIDO:**

**OBJETO:**

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

**DATA SAÍDA:**

**HORA SAÍDA:**

DATA: 08/11/2018 15:39:56

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

**CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:**

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA  
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM  
Médico  
CRM - 71.1208

**HORÁRIO:**

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO |
|------------------------|--------------------|---------|
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |
|                        |                    |         |

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA



PREFEITURA DE  
**SURUBIM**

Compromisso de cuidar dos cidadãos  
Secretaria de Saúde do Surubim



**UPA24h**

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr. Gentil Augusto de Miranda

## RECEITUÁRIO

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

DECLARO PARA DEVIDO FINS, QUE O SR(C)  
JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA, SOB RG  
7 688.048, O QUAL SOFREU ACIDENTE DE  
MOTOCICLETA NO DIA 08/11/18, COM  
FRATURA DA CLAVICULA DIREITA, REFERINDO  
DOZ DO ESPORTE FISICO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Dr. Karlo Felipe Elias Alves  
Médico

CRM: PE 24098

Karlo Felipe Elias Alves  
Médico

Data: 16 / 05 / 19



## - DECLARAÇÃO -

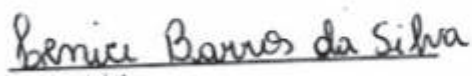
Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Jeová Severino Santiago da Silva, 32 anos, filho de Maria Petronila Santiago da Silva, residente à Capoeira do milho S/Nº, na Zona Rural desta Cidade. Solicitou no dia 14/11/2018 cópia do seu prontuário devido acidente motociclistico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, no dia 08/11/2018 pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. CRM/PE 24.898

Surubim, 14 de novembro de 2018.

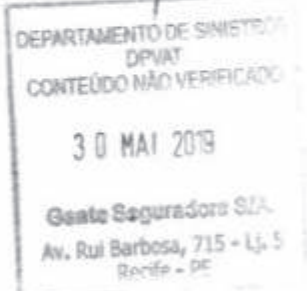


José ~~Barbosa de Lima~~  
Coordenador de Enfermagem  
Matrícula 19143  
Hospital Municipal de Surubim

  
Ionara Soares de Andrade Silva  
SAME

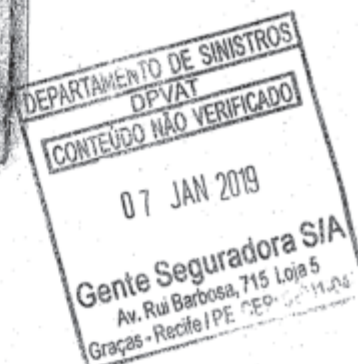
  
Recebido

RG 4990353











Companhia Energética de Pernambuco  
Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.820/0001-01 | INSC. EST. 0002943-01 | www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Cálculo para 12 meses de 2014/01/01

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 345.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

CENTRO-SUL/BM

SUBSIDIUM

55750-000

CONTA CONTROLADA

MÊS/ANO

07/05/2018

11/2018

141112018

10/12/2018

QUANTIDADE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

Consumo Adicional

Acrescimo Bandeira AMARELA

Acrescimo Bandeira VERMELHA

Consumo Substituição - CDE-AR 026537723-660818

186.0000000

0,73645882

136,24

0,55

10,27

21,18

0,80

TOTAL DA FATURA

DEBITO RELATIVO DE CONSUMO DESEJA NOTAR FISCAL

169,04

| Nº DO   | Tipo da | Anterior   | Atual     | Nº de      | Constante | Ajuste | Consumo (kWh) |
|---------|---------|------------|-----------|------------|-----------|--------|---------------|
| Medidor | Função  | Letura     | Letura    | Contador   |           |        |               |
| 020714  | CAT     | 05-03-2018 | 24.511,50 | 02-11-2018 | 24.528,00 | 30     | 1.620,00      |
|         |         |            |           |            |           |        | 169,04        |

DETALHAMENTO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIAS

Composição do Consumo

| Mês e Ano | Consumo (kWh) | Valor (R\$) | %       |
|-----------|---------------|-------------|---------|
| NOV/17    | 195           | 47,25       | 28,51%  |
| OUT/17    | 133           | 4,25        | 4,25%   |
| SET/17    | 127           | 27,25       | 27,25%  |
| AUG/17    | 121           | 3,75        | 3,75%   |
| JUL/17    | 130           | 8,75        | 8,75%   |
| JUN/17    | 145           | 6,75        | 6,75%   |
| MAY/17    | 155           | 5,45        | 5,45%   |
| ABR/17    | 162           | 4,25        | 4,25%   |
| MAR/17    | 162           | 2,15        | 2,15%   |
| FEB/17    | 174           | 2,15        | 2,15%   |
| JAN/17    | 173           | 2,15        | 2,15%   |
| DEZ/17    | 220           | 169,04      | 169,04% |
| NOV/17    | 195           | 47,25       | 28,51%  |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

DATA EXPIRAÇÃO DA FATURA: 10/04/2017

Para obter o ponto de entrega de energia elétrica, consulte o site: www.celpe.com.br ou ligue para 0800-000000. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido da energia elétrica. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido da energia elétrica. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de uso indevido da energia elétrica.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DE VOT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 JAN 2019

Ante Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Recife - PE CEP: 50011-000

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1421884961

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 345.234.444-04

DATA NASCIMENTO: 26/07/1974

JOSE GOMES DE MOURA

ISABELTE FERREIRA DE MOURA

DATA: 28/04/2022

VALIDADE: 27/06/2002

NUMERO: 02378505873

ASSINATURA DO FORTIFICADOR

Assinatura: Maria M. Moura de A. Fernandes

LOCAL: SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO: 10/04/2017

53286755008

PERNAMBUCO

53286755008

PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 08R 56

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES DE ROL

MOLICAN 08R 56

*Jeová Severino Santiago da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.588.048

DATA DE EMISSÃO 27/08/2004

NOME << JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SEVERINO ARCANJO DA SILVA >>

<< MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA >>

NATURALIDADE

EUROBIM - PE

DATA DE NASCIMENTO

08/09/1986

DOCUMENTO

CM 19832 L 13A F 20V CART VERTENTE DO LERIO PE

21 09 2004 >>

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 119 DE 29-08-93

F-13 48.880

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graças - Recife PE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

**CPF**

073.424.494-07

JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

08/09/1986

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE











**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013729424580  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA CDD RENAVAM 1-451728203-2018  
1-451728203-2018

LUIZ MARCOS REIS DA SILVA

SURUBIM-PE

879 941 784-72 PLACA PFL3812

9C2KCI1670CR487890

PAS /MOTOCICLETA

ALCOX/GASOL

2P/149CL

IPVA 2018 QUITANDO

1- IPVA 2018 QUITANDO

2- PARCELAMENTO / COTAS

3- PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
07 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa 110-4009  
Graciosa - Recife - PE 51030-140

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PE SOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013729424580 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA  
SITIO FURNAS 160  
LACOA DA VACA SURUBIM-PE  
55750-000

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 06/02/18

VIA 1

879 941 784-72

PLACA PFL3812

RENAVAM

451728203

ANO FAB 2012

ANO DEP 09

9C2KCI1670CR487890

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

COTA UNICA

PAGAMENTO

DATA DE OUTRAGAO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

CNPJ 09.248.6080001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 013729424580

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 451728203 2018

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

1012

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
30 MAI 2018  
Gente Seguradora S/A  
Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PE SEGUROS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU VAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013729424580 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUIZ MARCOS REIS DA SILVA

SITIO FURNAS 160

LAGOA DA VACA SURUBIM-PE

55750-000

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 06/02/18

PLACA

PFL3812

RENAVAM

451728203

MANCA / MODELO

BONDA / 150 PAN RSI

ANOTAB

2012

DETAP

09

9C2KC1670CR487890

PRÊMIO TARIFARIO

DE NATAM 251

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DE NATAM 251

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DE NATAM 251

SEGURO PAGO

PARCELADO

COTA UNICA

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO

PARCELADO

COTA UNICA

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO

PARCELADO

COTA UNICA

PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

ESTE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

