

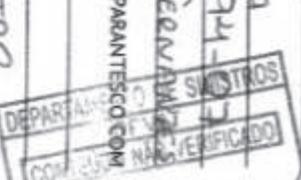
IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **JÉOVA SEVERINO SANTIAGO DASILVA**
 DATA DO ACIDENTE **08/11/2018** CPF DA VÍTIMA **033.424.494-07**
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **ADRIANA M. MOURA DE A. FERNADEZ**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEGO.COM

A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR **RUA JOÃO BATISTA**

Nº **370** COMPLEMENTO **CASA** BARRITO **CENTRO**
 CIDADE **SUEREBUR** UF **PE** CEP **55350-000**
 E-MAIL **ASSEGURADOS1004@GMAIL.COM.BR** TELEFONE **(21) 9100-1998**



MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- 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 CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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 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

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 CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 VÍTIMA MENSOS, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 15.500,00
 - 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 6.947/94.
 - 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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURUDOTRANSITO.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 CARTERA 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 MENSOS, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE (ORIGINAL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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 **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.
SILVA

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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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 **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.
SILVA

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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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 **Data do acidente:** 08/11/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.
SILVA

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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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
ENDERECO- 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
ENDERECO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI 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)

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3634-1413 - E-mail: cartorio2notassurubim.oucraze@gmail.com
Crespa Maria Silva da Cunha - Tabelaria Pública

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JEOVA SEVERINO
SANTIAGO DA SILVA
Dou fe. Surubim, quinta-feira, 22 de novembro de 2018 - 09h10m
Em Testemunho *[Signature]* - da verdade.
Elizabeth Souza da Cunha - 2º Substituta
Total: 4,00 MILHÃO QUINZE CENTAVOS DE AUTENTICIDADE
Selos(s): 00X32452HL11201804.02568-Rua Sete de Setembro, n° 10
Centro - SURUBIM-PE Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seadigital



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- JEOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 7.688.048 SDS/PE CPF 073.424.494-07
ENDERECO- 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
ENDERECO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI 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)



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 CONSTITUÍ MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI 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)

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Av. São João Batista, 10 - Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3634-1413 - Email: contato@notasdeurubim.com.br
Censo Maria Silveira de Lima - Tabelionato

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JEOVA SEVERINO
SANTIAGO DA SILVA
Data: 22/11/2018 - Local: Surubim, quinta-feira, 22 de novembro de 2018 - 09h00min
En Testemunha: *[Signature]* - Verdade,
Elizabeth Lira Seguradora S.A. - 12º Substituta
Total: 4.000,00 (Quatro mil reais) - SOLENTE O PREGOADO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): 00732102111201804.02560-Rua Sete de Setembro n° 10
Centro - SURUBIM-PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Rui Barbosa, 715 - l. 5
Recife - 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2018

JEOVA SEVERINO
SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 15/01/2019

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2018

JEOVA SEVERINO
SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/02/2019

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2018

JEOVA SEVERINO
SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2018

JEOVA SEVERINO
SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2018

JEOVA SEVERINO
SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2018

JEOVA SEVERINO
SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/01/2019

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2018

JEOVA SEVERINO
SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 15/01/2019

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2018

JEOVA SEVERINO
SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/01/2019

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

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 (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	073.424.494-07	JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: JEÓVA 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	Tel.(DDD): (81) 9700-1998
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DEPARTEMENTO DE SINISTROS
CONTATO NÃO VERIFICADO
07 JAN 2019
Gente Seguradora SII
Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-000

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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 JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	073.424.494-07	JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: JEÓVA 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	Tel.(DDD): (81) 9700-1998
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DEPARTE DE SINISTROS
CONTATO NÃO VERIFICADO
07 JAN 2019
Gente Seguradora SII
Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-000

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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 JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	073.424.494-07	JEÓVA 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:	JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA	
Profissão:	Endereço:	CPF:
REC. INF	SI CAPOEIRA DO MILHO	073.424.494-07
Bairro:	Cidade:	Número: Complemento:
ZONA RURAL	SURUBIM	520 CASA
E-mail:	Estado:	CEP:
	PE	55750-000
		Tel.(DDD): (83) 9700-1998

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base nas informações apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a perícia 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 Lider 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 07/01/19

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

Assinatura

Gente Seguradora Ltda.

Av. Rui Barbosa, 715 - Cj. 1001

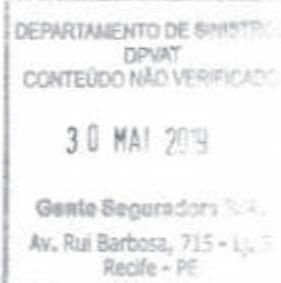
Recife - PE

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 RODO, 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.





496571

0006114/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -
DP116ºCIRC DINTER1/16ºDESEC

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 - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 8/11/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SURUBIM, 1. SITIO 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. SITIO 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 150 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFL3312 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 451728203 Chassi:

SG2KG1576CR487899
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- JEÓVA 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 CLAVIGULA DIREITA. NO MOMENTO DO ACIDENTE UMA ENFERMEIRA DO PSF DO MIMOSO IA PASSANDO E AVISTOU A VITIMA NO CHAO E CONDUZIU O SR- JEÓVA PARA A UPA DO COQUEIRO. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

> Jéova Severino Santiago da Silva
JÉOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RONALDO SEVERINO DOS SANTOS - Matrícula: 358881-8**





496571

0006114/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -
DP116ºCIRC DINTER1/16ºDESEC

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 - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 8/11/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SURUBIM, 1. SITIO 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. SITIO CAPOEIRA DO MILHO - CEP:
85000-000 - 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 150 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFL3312 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 451728203 Chassi:

SG2KG1576CR487899
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- JEÓVA 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 CLAVIGULA DIREITA. NO MOMENTO DO ACIDENTE UMA ENFERMEIRA DO PSF DO MIMOSO IA PASSANDO E AVISTOU A VITIMA NO CHAO E CONDUZIU O SR- JEÓVA PARA A UPA DO COQUEIRO. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

> Jéova Severino Santiago da Silva
JÉOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RONALDO SEVERINO DOS SANTOS - Matrícula: 358881-8**



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
- DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

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



496571

0006114/19

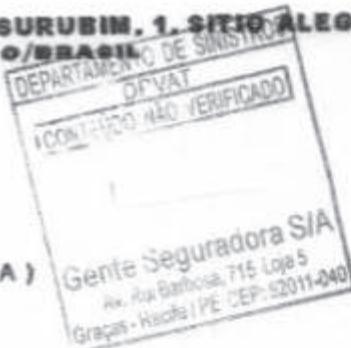
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -
DP116ºCIRC DINTER1/16ºDESEC

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 - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 8/11/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, SITIO 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)
JEJOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

**JEJOVA 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, SITIO CAPOEIRA DO MILHO - CEP: 50000-000 - 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): JEJOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/3DS/.infopol/xml/BOEPreview.html

SG2KG1870GR4B7E80
 Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012

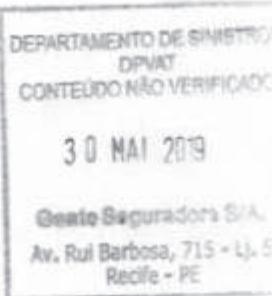
Complemento / Observação

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- JEÓVA 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 IA PASSANDO E AVISTOU A VITIMA NO CHAO E CONDUZIU O SR- JEÓVA PARA A UPA DO COQUEIRO. REGISTRA-SE O BOE PARA OS EFEITOS LEGAIS CABIVEIS.

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

Jeóva Severino Santiago da Silva
JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **RONALDO SEVERINO DOS SANTOS - Matrícula: 358901-8**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	073.424.494-07	JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: JEÓVA 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	Tel.(DDD): (81) 9700-1998
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DEPARTE DE SINISTROS
CONTATO NÃO VERIFICADO
07 JAN 2019
Gente Seguradora SII
Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-000

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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 JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	073.424.494-07	JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: JEÓVA 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	Tel.(DDD): (81) 9700-1998
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DEPARTEMENTO DE SINISTROS
CONTATO NÃO VERIFICADO
07 JAN 2019
Gente Seguradora SII
Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-000

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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 JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	073.424.494-07	JEÓVA 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:	JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA	
Profissão:	Endereço:	CPF:
REC. INF	SI CAPOEIRA DO MILHO	073.424.494-07
Bairro:	Cidade:	Número:
ZONA RURAL	SURUBIM	520
E-mail:	Estado:	Complemento:
	PE	CASA
	CEP:	55750-000
	Tel.(DDD):	(83) 9700-1998

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base nas informações apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a perícia 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.

Local e Data: SURUBIM / PE 07/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

X JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

Assinatura

Gente Seguradora Ltda.

Av. Rui Barbosa, 715 - Cj. 1001

Recife - PE

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

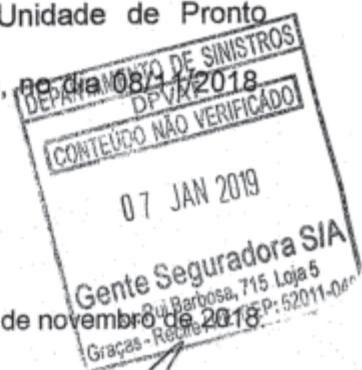
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.



- 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 motocicístico. Atendido na instituição Hospitalar Unidade de Pronto Atendimento Dr. Gentil Augusto de Miranda UPA 24 horas de Surubim, pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. CRM/PE 24.898



Ionara Soares de Andrade Silva

SAME

*José Vitor Barbosa de Lima
Coordenador de Emergência
Matrícula 10103
Hospital Municipal de Surubim*

Benice Barros da Silva

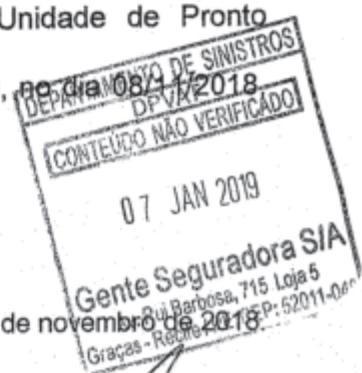
Recebido

RG 4990353



- 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, pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. CRM/PE 24.898



Ionara Soares de Andrade Silva

SAME

*José Vitor Barbosa de Lima
Coordenador de Emergência
Matrícula 10103
Hospital Municipal de Surubim*

Benice Barros da Silva

Recebido

RG 4990353

IM DE EMERGÊNCIA

ário: 26768 CNS: 898003734642533
: JEÓVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
: CAPOEIRA DO MILHO
: SURÚBIM
: MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA

Cor/Raça: PARDA

Nº:

Idade: 32 Anos 2 Meses Nascimento: 08/09/1986 Sexo: MASCULINO
Bairro: ZONA RURAL Est.Civil: SOLTEIRO
Nac.: Doc nº: 7688048
Pai: SEVERINO ARCANJO DA SILVA
Responsável:

ssão:

nas Ocorrências: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

9/2018	09:51	00033281	ECG	PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS.
6/2018	13:44	00019881	EXAMES	
3/2018	12:32	00002354		CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

ORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

EXAS / DIAGNÓSTICO:

paciente sofreu Acidente de
bicicleta com Fratura da
mama direita.

TRATAMENTO:

① D. R. Zona Olímpica

Carla Barbosa Andrade
Tutora de emergência
COREN-PE 1129128

36:00



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

Fratura de clavicula direita

ITIVO DA SAÍDA:

SIDÊNCIA INTERNADO

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

TÉCNICO / COREN

STIFICATIVA:

NCAMINHADO:

EMOVIDO:

SBITO:

is _____ h _____ m do dia _____

ATA SÁIDA:

ORA SÁIDA:

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

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
Físico
CRM - 71.408

HORARIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIRA PAULA



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 50030-902
CNPJ 01.835.929/0001-06 | Inscrição Estadual 0009949-09 | E-mail: cabe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA CECILIA OLIVEIRA DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 024.873.154-01

ZONA RURAL SURUBIM/RURAL SURUBIM

CLASSIFICAÇÃO

55750-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	GENERO	DATA EMISSAO
098335777	UNICA	18/11/2018
PERIODICIDADE	TIPO CLIENTE	DATA CADASTRO
18/11/2018	2000972223	3177007

CONTA CONTRATO M61000
1814816016 11/2018
DATAS DE VENCIMENTO DATA PRA VENCER PRÓXIMA LIQUIDAÇÃO
23/11/2018 18/12/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 57.31

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	68.000000	0,73046682	50,01
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,50
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,27
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 031780873-14/08/18			0,41

TOTAL DATA EATIRAS

57-3

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
V00930	CAT	17/01/2018	14.981,00	18/01/2018	15.030,00	30	-1.00000		68,00

Digitized by srujanika@gmail.com

INFORMAÇÕES IMPORTANTE

Pague no ponto mais perto de você com o maior desconto contra a taxa de juros! Até 90 dias sem juros! Sua compra é via www.safepay.com.br. Não é deixa de pagar a fatura em vigor e é América. Mais informações em www.anred.gov.br. O cliente é responsável quando há variação no reembolso individual ou do nível de tarifa de fornecimento. Pago em cheiro deve ser feita na TEF (Resol 143/2011), para o DE-NET (040002) e autorização monetária no prazo. Note: O Cliente é responsável por quaisquer despesas com o uso da Internet para compras de telefonia comercial.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DFVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JAN 2019

DURACAO E FREQUENCIA DAS REAÇOES					VALORES DE REFERENCIAS		
CONJUNTO	VALOR AFIRMADO SET/2016	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)	
SUPERIOR	0,00	10,87	31,74	43,49	220	MÍNIMO MÁXIMO	
DIC	0,00	7,74	15,48	30,99			
FIC	0,00	5,83	0,00	0,00			
DMIC	0,00						



ce/p
neoenergia

ADRIANA MARIA MOLINA DE A. FERNANDEZ

CPF: 945.234.444-04

RUA JOÃO BATISTA 370

**INISTROS
ERIFICADO**

radora SIA
53, 715 Loja 5
VE SEP-2011-001

નોંધ કરી શકતું હોય
અને આ પ્રક્રિયાની
સાથે એવી વિશેષ
જરૂર નથી

CHIEN CONTRA
2015-2018
145112018
10/12/2018

Consumo Anatômico
Aeróbico Bandeira AMARELA
Aeróbico Bandeira VERMELHA
Corrida, Bikers, Passeio Municipal
ICMS Subvenção CDE-ANP 0265377123-06/08/18

Nº DO MEDEIR	TÍTULO DA FIMPELHO	DATA LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS CONSTANTE	AJUSTE	CENSIMO (PRES)
K07114	C.A.T	05-10-2018 24.511.30	07-11-2018 24.512.00	30	1.000,00	185,00

8015 E 308 98267 5181 6953 8445
INFORMACIÓN IMPORTANTE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR

JOSÉ GOMES DE MOURA	
ISABELTE FERREIRA DE SOUZA	
URBANA	
PERMIT ID:	CAT. MARCA
5237805373	3
VALIDATE:	1º HABILITACAO
33/04/2022	17/06/2022

	Nome: M. ^r Nelson de A. Fernandes Local: Recife - PE Assunto: Requerimento de Portaria Assinatura do Requerente: <u>Nelson de Andrade Soares Filho</u> <u>Dir. Diretor Presidente</u>
PERNAMBUCO	Data Emissão: 10/04/2017 CPF: 53286755006 PB07665372



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 50030-902
CNPJ 01.835.929/0001-06 | Inscrição Estadual 0009949-09 | E-mail: cabe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA CECILIA OLIVEIRA DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 024.873.154-01

ZONA RURAL SURUBIM/RURAL SURUBIM

CLASSIFICAÇÃO

55750-000

B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL | SERIE | DATA EMISSAO
098335777 | UNICA | 18/11/2018
VALIDADE ATÉ | NÚMERO DE LINHAS |
18/11/2018 | 2000872223 | 3777087

CONTA CONTRATO 1814816016
MÊS/LANÇAMENTO 11/2018
DATA DE VENCIMENTO 23/11/2018 DATA PRA VENCER PRÓXIMA LIQUIDAÇÃO 18/12/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 57.31

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	68.000000	0,73046682	50,01
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,60
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,27
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 031780873-14/08/18			0,41

TOTAL DA FATURA

573

DATOS DEMONSTRATIVOS DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
V00930	CAS	17/06/2018	14.981,00	18/07/2018	15.039,00	30	1.000000		68,00

ESTADÍSTICA DE LOS MUNICIPIOS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você com o maior desconto contra a taxa de juros! Até 90 dias sem juros! Sua compra é via www.safepay.com.br. Não é deixa de pagar a fatura em vigor e é América. Mais informações em www.anred.gov.br. O cliente é responsável quando há variação no reembolso individual ou do nível de tarifa de fornecimento. Pago em cheiro deve ser feita na TEF (Resol 143/2011), para o DE-NET (040002) e autorização monetária no prazo. Note: O Cliente é responsável por quaisquer despesas com o uso da Internet para compras de telefonia comercial.

DURACAO E FREQUENCIA DAS INTENSAOES					NIVEL DE TENSAO		
CONJUNTO	VLR APROX SE/2018	LIMITE MENSAL	LIMITE ESTACIONAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIACAO (%) MÍNIMO	MÁXIMO
SUPERBIM	0,00	10,87	31,74	43,49	220	202	231
DIC	0,00	7,74	15,48	30,99			
FIC	0,00	5,89	0,00	0,00			
DMIC	0,00						



novoenergia

Centrais Elétricas Brasileiras S.A.

Companhia Energética do Pernambuco

Av. João da Barra, 111, Olinda, Pernambuco - CEP 5000-002

CNPJ 10.025.032/0001-00 - Fone: (81) 3210-0010

Site: www.celpe.com.br

E-mail: atendimento@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA SOUZA FERNANDES

CPF: 445.234.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RE SIDENCIAL

REDE ENERGÉTICA

WILHEMINA SOUZA	03/28/10/07	UNICA	07/1/2018
APENAS PREÇOS	PREÇO QUOTIDIANO	PREÇO MENSAL	PERÍODO DE REFERÊNCIA

PERÍODO DE REFERÊNCIA	VALOR MENSAL	DATA
07/1/18 - 07/31/2018	146,04	10/12/2018

VALOR MENSAL

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

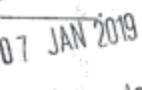
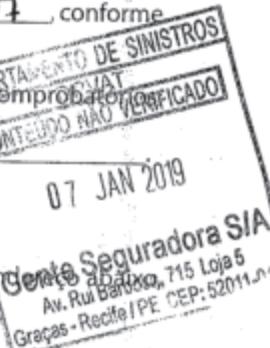
A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão: _____	Renda: _____	e apresento os documentos de comprovação   
<input checked="" type="checkbox"/> Récuso 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		Número	Complemento
Bairro:	RUA JOÃO BATISTA	370	CASA
Email:	CENTRO	Estado	CEP
	A.FSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	Surubim	PE 55750-000
		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(81) 9700-1998	(81) 9161-3907

SURUBIM / PE, 07 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Adriana M. 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>

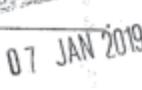
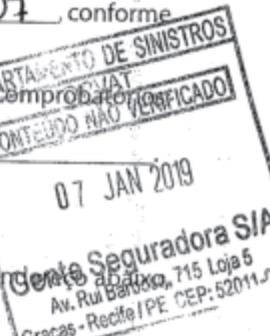
A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JEÓVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.424.494 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão: _____	Renda: _____	e apresento os documentos de comprovação   
<input checked="" type="checkbox"/> Récuso 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		Número	Complemento
Bairro:	RUA JOÃO BATISTA	370	CASA
Email:	CENTRO	Estado	CEP
	A.FSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	Surubim	PE 55750-000
		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(81) 9700-1998	(81) 9161-3907

SURUBIM / PE, 07 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Adriana M. 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M. 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

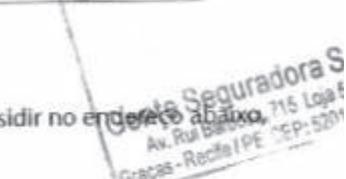
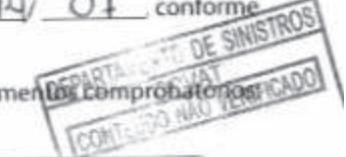
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA	370	CASA
Bairro	Estado	CEP
CENTRO	PE	55750-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
A.FSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	(81) 9700-1998	(81) 9161-3907

SURUBIM/PE, 07 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

Gestão Seguradora S.
Av. Rui Barbosa, 715 - 115
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 SDS/PE, 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
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JEJOA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA cujo o condutor era
JEJOA 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 Ruidar Silva

Assinatura do Declarante

jejooa severino Santiago da Silva

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



2º TABELIONATO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3634-1413 - E-mail: carlosluisoliveirassilva@gmail.com
Creusa Maria Silva de Lima - Tabelaria Pública

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) LUIZ MARCOS REIS DA SILVA
Doutor, Surubim, quinta-feira, 22 de novembro de 2018 - 13:34h
En Testemunha: Creuza Maria Silva de Lima - Testemunha
Total: 4,00 MIL REAIS COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selos: 005214-EP111201804.02689 - Rua Sete de Setembro, nº 10
Centro - SURUBIM-PE Consulte autenticidade em: www.ipa.jus.br/testodigital

Rua Sete de Setembro, nº 10
2º Tabelionato
de Notas de
Surubim - PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ MARCOS REIS DA SILVA

RG nº 4.555.361, data de expedição 14/02/13,
Órgão SDS/PE, 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
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JEJOA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA cujo o condutor era
JEJOA 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 Ruidar Silva

Assinatura do Declarante

jejooa severino Santiago da Silva

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



2º TABELIONATO
DE AUTENTICAÇÃO DE DOCUMENTOS

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3634-1413 - E-mail: carlosluis.silva.silva.silva@gmail.com
Creusa Maria Silva de Lima - Tabelaria Pública

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) LUIZ MARCOS REIS DA SILVA

Dou fe. de Sexta-feira, dia 22 de novembro de 2018 - 13:34h

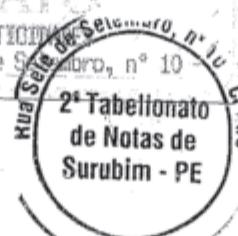
Em Testamento, em Surubim, na Brasil, da verdade.

Creuza Maria Silva de Lima - Testemunha

Total: 4,00 MIL REAIS, COM SELO DE AUTENTICIDADE.

Selo(s): 005214-EP111201804.02689 - Rua Sete de Setembro, nº 10

Centro - SURUBIM-PE Consulta autenticidade em: www.ipa.jus.br/autodigital



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIZ MARCOS REIS DA SILVA,

RG nº 4.555.361, data de expedição 14/02/13.
Órgão SDS/PE, 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
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JEJOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA cujo o condutor era
JEJOVA SEVERINO SANTIAGO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 FAN EST

Ano: 2012

Placa: PFL 3812

Chassi: QC2KC1670CR487890

Data do Acidente: 08/11/18

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

Luis Marcos Ruidas Silva

Assinatura do Declarante

Jejova Severino Santiago da Silva

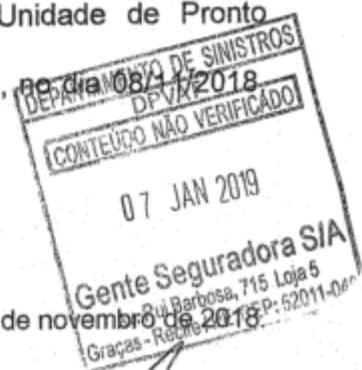
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





- 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, pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. CRM/PE 24.898



Ionara Soares de Andrade Silva

SAME

José Vitor Barbosa de Lima
Coordenador de Emergência
Matrícula 10103
Hospital Municipal de Surubim

Benice Barros da Silva

Recebido

RG 4990353

TÍM DE EMERGÊNCIA

tuário: 26768 CNS: 898003734642533
e: JEOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
CAPOEIRA DO MILHO

de:SURUBIM
MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA
ssão:

Cor/Raça: PARDA

Nº:

Nº OCORRÊNCIA: 00040378

Idade: 32 Anos 2 Meses

Sexo: MASCULINO

Nascimento: 08/09/1986

Est.Civil: SOLTEIRO

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Nac.:

Doc nº: 7688048

Pai: SEVERINO ARCANJO DA SILVA

Responsável:

nas Ocorrências:

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.	C
3/2018	12:32	00002354	EXAMES	

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

ORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

DIAGNÓSTICO:

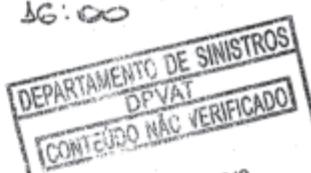
Gente sofreu Acidente de
bicicleta com fratura da
tíbia direita.

TRATAMENTO:

(10) Zona Olímpica

Carla Barbosa Arruda
Técnico Enfermagem
COREN-PE 1129028

R\$ 00



07 JAN 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife PE CEP: 52011-040

CID:

IMAMES COMPLEMENTARES:

AP

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura de clavícula direita

TÉCNICO / COREN

INTIVO DA SAÍDA:

SITIDÊNCIA INTERNADO

ESTIFICAÇÃO:

ENCAMINHADO:

REMÓVIDO:

ÓBITO:

hs _____ h _____ m do dia _____

ATA SÁIDA:

ORA SÁIDA:

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

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

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:		MÉDICO / CRM CRM - PI: 24000
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIRA PAULA

Ao INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

0006/14/19

Atesto para os devidos fins previdenciários que a Sra. **JOOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**, 32 anos, gari, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) que resultou em fratura do fêmur médio da clavícula direita em 08 de novembro de 2018. Encontra-se em acompanhamento médico com immobilização 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.

Carlos de vossa atenção.

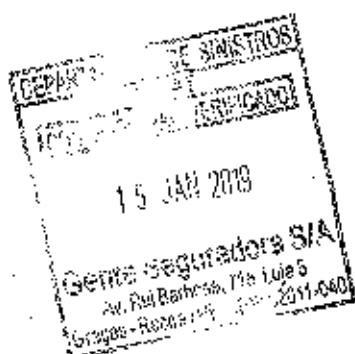
Acordosamente,

ROBERTO MATEUS
ORTOPEDISTA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS - CREMEPE: 11695.

Surubim, 20 de novembro de 2018

10:54:52



0041361/19
502612



Ao INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS

Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

0006/14/19

Atesto para os devidos fins previdenciários que a Sra. **JOOVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA**, 32 anos, gari, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) que resultou em fratura do fêmur médio da clavícula direita em 08 de novembro de 2018. Encontra-se em acompanhamento médico com immobilização 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.

Carlos de vossa atenção.

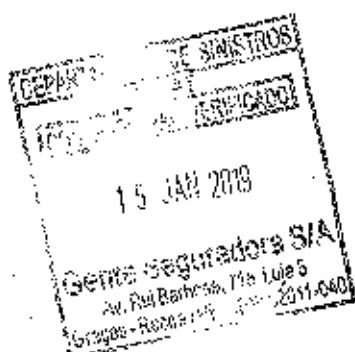
Acordosamente,

ROBERTO MATEUS
ORTOPÉDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS - CREMEPE: 11695.

Surubim, 20 de novembro de 2018

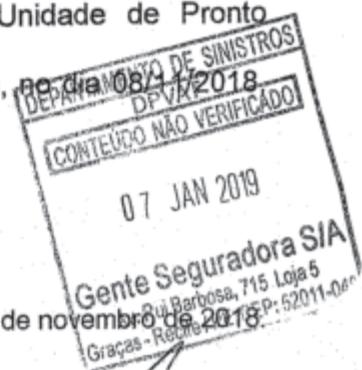
10:54:52





- 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, pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. CRM/PE 24.898



Ionara Soares de Andrade Silva

Ionara Soares de Andrade Silva

SAME

José Vitor Barbosa de Lima
Coordenador de Emergência
Matrícula 10103
Hospital Municipal de Surubim

Benice Barros da Silva

Recebido

RG 4990353

IM DE EMERGÊNCIA

ário: 26768 CNS: 898003734642533
: JEÓVÁ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA
: CAPOEIRA DO MILHO
: SURÚBIM
: MARIA PETRONILA SANTIAGO DA SILVA

Cor/Raça: PARDA

Nº:

Idade: 32 Anos 2 Meses Nascimento: 08/09/1986 Sexo: MASCULINO
Bairro: ZONA RURAL Est.Civil: SOLTEIRO
Nac.: Doc nº: 7688048
Pai: SEVERINO ARCANJO DA SILVA
Responsável:

ssão:

nas Ocorrências: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

9/2018	09:51	00033281	ECG	PACT APRESENTA FERIMENTO EM MID DEVIDO QUEIMADURA NA MOTO + 8 DIAS.
6/2018	13:44	00019881	EXAMES	
3/2018	12:32	00002354		CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

ORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

EXAS / DIAGNÓSTICO:

paciente sofreu Acidente de
bicicleta com Fratura da
mama direita.

TRATAMENTO:

① D. R. Zona Olímpica

Carla Barbosa Andrade
Tutora de emergência
COREN-PE 1129128

36:00



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

Fratura de clavicula direita

ITIVO DA SAÍDA:

SIDÊNCIA INTERNADO

STIFICATIVA:

NCAMINHADO:

EMOVIDO:

SBITO:

is _____ h _____ m do dia _____

ATA SÁIDA:

ORA SÁIDA:

ATA: 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	

MÉDICO / CRM
Médico CRM-PE 71.408

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

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

HORARIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIRA PAULA



R E C E I T U Á R I O

Nome: _____

DECLARO PARA DEVIDO FINS, QUE O SR(M) JESUÍ SEVERINO SANTIAGO DA SILVA, SOB RG # 698.048, O QUAL SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA NO DIA 08/11/18, COM FRATURA DA CLAVICULA DIREITA, REFERINDO-SE AO ESFORÇO FÍSICO.

Data: 16/105/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAI 2019

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

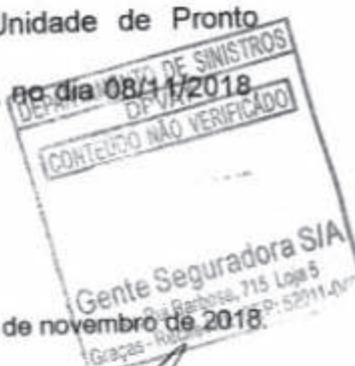
Dr. Karlo Felipe Elias Alves
Médico

Karlo Felipe Elias Alves
CRM-PE 24898
Médico

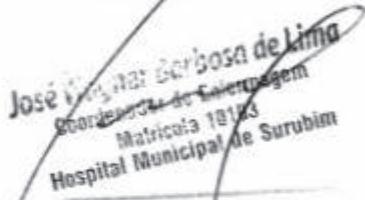


- DECLARAÇÃO -

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 08/11/2018 pelo médico plantonista Dr. Karlo Felipe Elias Alves. CRM/PE 24.898



Surubim, 14 de novembro de 2018.



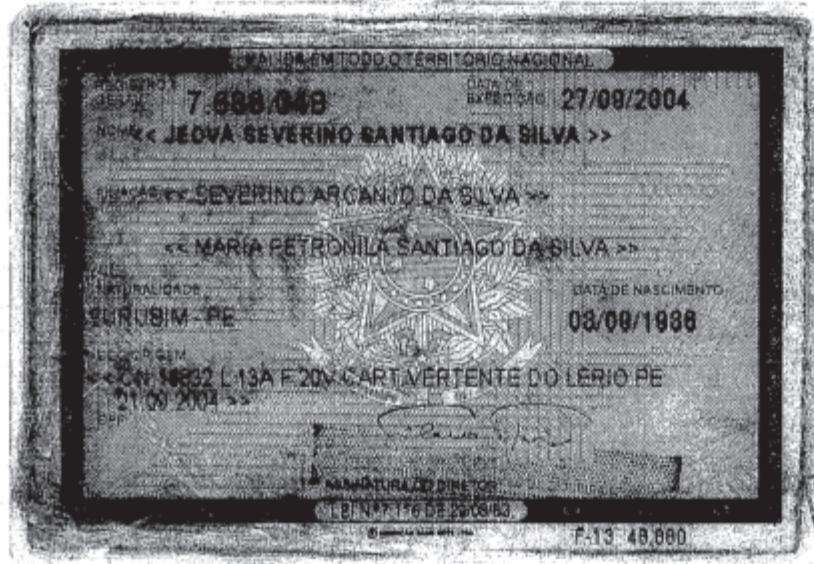

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME



30 MAI 2019

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

Bernice Barros da Silva
Recebido
RG 4990353





ce/p
neoenergia

ADRIANA MARIA MOLINA DE A. FERNANDEZ

CPF: 945.234.444-04

RUA JOÃO BATISTA 370
ENDERÉSCO DA UNIBADE CONSUMOGRAMA

**INISTROS
ERIFICADO**

radora SIA
53, 715 loja 5
V.E. - SEP - 2011-00

NO HA HABIDO FISCALIZACION EN EL PERIODO
03/18-10/17 UNICA 07/11/2018
ADMISIÓN AL PÚBLICO
VERIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD

CHIEN CONTRAIS
MÉTRO
OUI

Contudo Arquitetos
Atribuímos Bandeira AMARELA
Atribuímos Bandeira VERMELHA
Corubá. Num. Pública Municipal
ICMS Subvenção CDE-AP 026537723-06/08/18

Nº DO MEDEIR	TÍTULO DA FIMPELHO	DATA LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS CONSTANTE	AJUSTE	CENSIMO (PRES)
K07114	C.A.T	05-10-2018 24.511.30	07-11-2018 24.512.00	30	1.000,00	185,00

96-11454
902-1-220

8019 E 308 98267 5181 69563
BOSTON
INFORMATION OF IMPORTANCE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERREIRA		NAME
DOC. IDENTIDADE: RG: 050.10389-8		DOC. IDENTIDADE: RG: 050.10389-8
SSP: 22		SSP: 22
CPF: 945.234.464-04		DATA NACIMENTO: 26/07/1974
ENDERECO: RUA SANTOS DUMONT, 100 - FLUÍDIO		
BAIRRO: JOSÉ GOMES DE MORAIS		
CIDADE: UBERABA		
UF: PR		
TELEFONE: (44) 322-1234		
CELULAR: (44) 9987-1234		
E-MAIL: adriana.moura@uol.com.br		
NASCIMENTO: 03/07/1972		
VALORICE: 3		CAT. PARE:
INSCRIÇÃO: 17/06/2002		





LEITZ MARCOS REIS DA SILVA

SUBSCRIPTIONS

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PENº 013729424580 BILHETE DE SEGURO DFVAT
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA
SITIO KURNAS 160
LACOCA DE SANTANA CEARÁ 62
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**

PFL3R12

— NO CHASSIS

100

CUSTO DO SEGURO (R\$)

卷之三

ESTADO

8-0001-04

HISTORICAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013729424580	
DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	DOH: HEINAVAN
1	451728203
EXERCÍCIO: ***** 2018	
NOME: LUTZ MARCOS REIS DA SILVA	

SURUBIM - PE

PLACA:	PFEL3812
CHASSI:	9C2KC16700TR487890
COMBUSTÍVEL:	ALCO/GÁSOL
MARCA / MODELO:	HONDA / CG 150 FAN ESI
CATEGORIA:	PARTIC
VENC. COTA ÚNICA:	1*
PAGA IPVA:	1
PRÉMIO PAGA:	2018
VALOR:	150,00
DATA:	2018-02-18
VALOR:	150,00
DATA:	2018-02-18

PLACA:	PFEL3812
CHASSI:	451728203
COMBUSTÍVEL:	ALCO/GÁSOL
MARCA / MODELO:	HONDA / CG 150 FAN ESI
CATEGORIA:	PARTIC
VENC. COTA ÚNICA:	1*
PAGA IPVA:	1
PRÉMIO PAGA:	2018
VALOR:	150,00
DATA:	2018-02-18
VALOR:	150,00
DATA:	2018-02-18

PLACA:	PFEL3812
CHASSI:	9C2KC16700CR487890
COMBUSTÍVEL:	ALCO/GÁSOL
MARCA / MODELO:	HONDA / CG 150 FAN ESI
CATEGORIA:	PARTIC
VENC. COTA ÚNICA:	1*
PAGA IPVA:	1
PRÉMIO PAGA:	2018
VALOR:	150,00
DATA:	2018-02-18
VALOR:	150,00
DATA:	2018-02-18

PLACA:	PFEL3812
CHASSI:	9C2KC16700CR487890
COMBUSTÍVEL:	ALCO/GÁSOL
MARCA / MODELO:	HONDA / CG 150 FAN ESI
CATEGORIA:	PARTIC
VENC. COTA ÚNICA:	1*
PAGA IPVA:	1
PRÉMIO PAGA:	2018
VALOR:	150,00
DATA:	2018-02-18
VALOR:	150,00
DATA:	2018-02-18

Assinatura: *André Souza Ribeiro*

Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

Nº 013729424580
PE Nº 013729424580 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUTZ MARCOS REIS DA SILVA
SITIO FURNAS, 160
LAGOA DA VACA, SURUBIM-PE
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: 2018 DATA EMISSÃO: 06/02/18

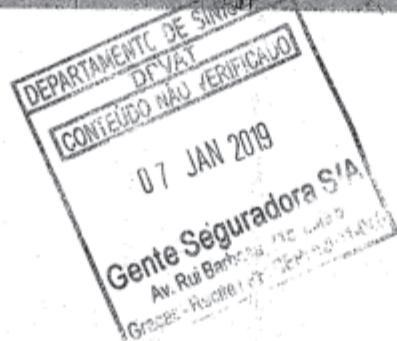
PLACA: PFEL3812

DATA / CNPJ: 09 MARCA / MODELO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09 248.608/0001-04

DESTAQUE: GUARDE O BILHETE DPVAT
KIS NÃO É DE PERTO OBRIGATÓRIO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTRO DAS CIDADES

SEGURÓ OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU AOS SEGURO DPVAT

DETTRAN - PE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	
Nº U13727424300		EXERCÍCIO 2019	
VAN	COD. RENAVAM	PLANO	DATA
1	451728203	13444444444444444444	06/02/18
LUIZ MARCOS REXIS DA SILVA NOME			
SURUBIM-PE OF. CEP 5 879.941-784-72		PLACA PF1.3812 TABU SC2K1670ER187890	
PÁS / MOTOCICLETA MARCA / MODELO YAMAHA XMAX 300 PLACA / NÚMERO PF1.3812		CONDUZITIVO ALCO/GRASO FAVO/FAB PF1.3812 CON PLACAS MÍNIMAS PF1.3812	
CAP / PÓT. CIL. 2E/149CL		CATEGORIA PARTIC	
COPA ÚNICA TEVA 2018 QUITADO		VENC. COTA ÚNICA 1º **** 2º **** 3º ****	
PREMIO TANFARO BRT SEGURACO		ICF/RS SEGURO OBRIGATÓRIO DATA DE PAGAMENTO 06/02/18	
SEM RESERVAMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
OBSERVAÇÕES OBRIGATÓRIO 06/02/18			
SUPERVISOR Andréa Sousa Ribeiro		DATA 06/02/18	



ARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
ANTEUDO NÃO VERIFICADO

0 MAY 2013

Barbosa, 715 - Lj.
Recife - PE

PE Nº 013729424500 BILHETE DE SEGURO DFVAT		55750-000	
LUIZ MARCOS REIS DA SILVA			
SISTO FURNAS 160			
LAGOA DA VELHA SURUBIUN - PR			
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoraolider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
<input type="checkbox"/> DATA EMISSÃO 2018 06/02/19		<input type="checkbox"/> PLACA PW1-3812	
<input type="checkbox"/> EXERCÍCIO 2018		<input type="checkbox"/> MARCA / MODELO HONDA / CG 150 PAN ESI	
<input type="checkbox"/> CPF / CNPJ 879.941.784-72		<input type="checkbox"/> N° CHASSI 9G2XC1670CR497890	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
<input type="checkbox"/> DESTINATÁRIO (RJ)		<input type="checkbox"/> CUSTO DO SEGURO (RJ)	
<input type="checkbox"/> RUA JAVAM 451728203		<input type="checkbox"/> ICF (RJ)	
<input type="checkbox"/> ANO/FAB 2012		<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	
<input type="checkbox"/> CUSTO DO BILHETE (RJ) SEGURADOR		<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> PARCELADO		<input type="checkbox"/> COTA UNICA	
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 07.248.600/0001-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELA NÃO É DE PERTO, ONDE ESTIVER.			