
Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERNADETE SILVA DE MOURA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BERNADETE SILVA DE MOURA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432699 Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERNADETE SILVA DE MOURA

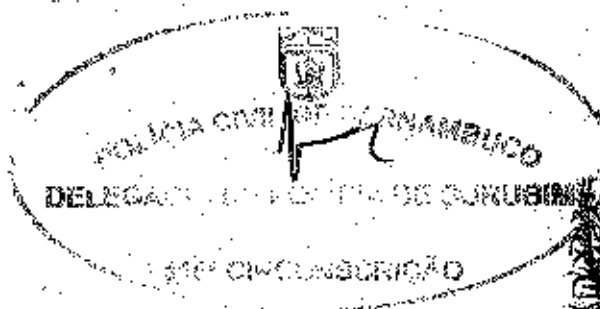
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





535254

0241688/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM -
DPI16ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206001563

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/07/2019 às
11:07

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos

(Consumado) que aconteceu no dia 31/3/2019 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: SÍTIO CAPIM, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL
DE ZEZINHO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE
SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

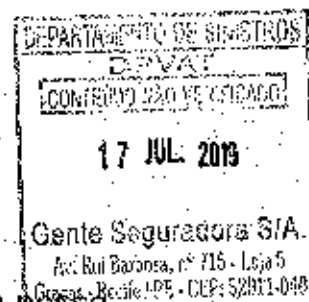
NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
BERNADETE SILVA DE MOURA (NOTICIANTE)
FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA (OUTRO)
G.C.D.S. (Menor de Idade) (VÍTIMA).

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse
do(a) Sr(a): G.C.D.S. (Menor de Idade)
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

BERNADETE SILVA DE MOURA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
JOSEFA PAULINA SILVA DE MOURA Pai: JOSÉ SERAFIM DE MOURA Data de
Nascimento: 10/11/1963 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 5582012/SDS/PE (RG) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade:
1º. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares:
- 81995654839

Residencial: RUA LAJE DE MIMOSO, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 690,



ZONA RURAL - SÍTIO MIMOSO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO

G.C.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
APARECIDA CARRAL DOS SANTOS Pai: JOSÉ NATAL DOS SANTOS Data de
Nascimento: 28/7/2001 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 9738391/SDS/PF (RG), 11598183478 (CPF) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Telefones Celulares:
- 81995654839

Residencial: RUA LAJE DE MIMOSO, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 690,
ZONA RURAL - SÍTIO MIMOSO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO

FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA SALUSTIANO FERREIRA DE LIMA, 1 - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - SAO CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL

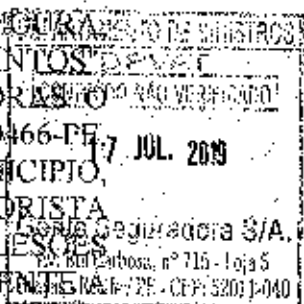
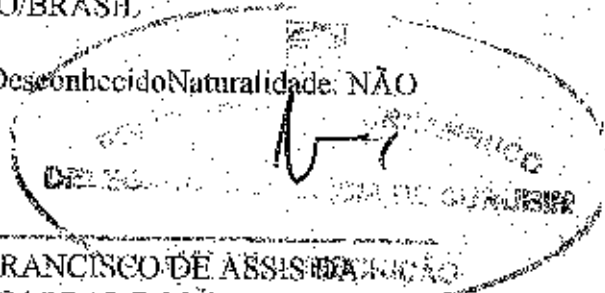
NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): GENARIO CABRAL DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/ML 125 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE)
Placa: KJX0466 (PERNAMBUCO/SAO CAETANO) Renavam: 190052627 Chassi:
CG125BR151122
Ano Fabricação/Modelo: 1985/NÃO INFORMADO Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A SRA. BERNADETE SILVA DE MOURA, REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR "GENARIO CABRAL DOS SANTOS", NOTICIANDO QUE NO DIA 31/03/2019, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS, O MENOR DESCRITO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KJX-0466-PE PELA ESTRADA DO SÍTIO CAPIM, ZONA RURAL, DESTA MUNICÍPIO, QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO DE PLACA E MOTORISTA DESCONHECIDO, ONDE VEIO A CAIR E NA QUEDA SOFRER LERES GRAVES EM SEU BRAÇO E OMBRO ESQUERDO, LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARUPE, E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS-PE ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO/BOLETIM DE OCORRÊNCIA DA UPA, DECLARAÇÃO/CÓPIA DO PRONTUÁRIO DO IRR E



FICHA DE ENTRADA DO HOSPITAL JESUS PEQUENINO. DIANTE DO FATO
REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

BERNADETE SILVA DE MOURA
(NOTICIANTE)

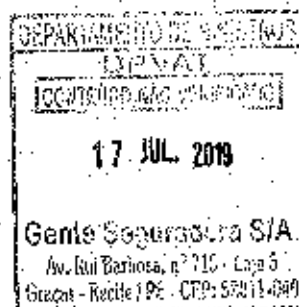
Bernadete Silva de Moura

G.C.D.S. (Menor de Idade)

(VITIMA)

Genario Cabral dos Santos

B.O. registrado por: JOSÉ ROBERTO DA SILVA - Matrícula: 119534-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do acidente ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **11598183478** 4 - Nome completo da vítima: **GENARIO CABRAL DOS SANTOS**

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

5 - Nome completo: **GENARIO CABRAL DOS SANTOS** 6 - CPF: **11598183478**
7 - Profissão: **REC INF** 8 - Endereço: **RUA LAJES DO MIMOSO** 9 - Número: **690** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **MIMOSO** 12 - Cidade: **SURUBUM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55750-000**
15 - E-mail: _____ 16 - RG (RGD): **18196650454**

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal: **BERNARDETE SILVA DE MOURA**
18 - CPF do Representante Legal: **028300214-01** 19 - Profissão do Representante Legal: **REC INF**
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.300,00 ☐ R\$1.002,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar a agência)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: **0835** CONTA: **219347**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que é impossível, tendo em apreço o laudo do Instituto Médico Legal (IML), a ocorrência de lesão definitiva e irreversível, decorrente do acidente de trânsito, que tenha ocasionado a invalidez permanente, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou, ainda, a ausência de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Esclha o tipo de vítima: ☐ Solteira ☐ Casada (ou Viúva) ☐ Divorciada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: _____ falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura de testemunha: _____
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura de testemunha: _____

17 JUL 2019
Assinatura da Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, nº 715, 1º andar
Grupos - Recife/PE - CEP: 50000-000

40 - Local e Data: **SURUBUM PE 11/07/2019**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Genario Cabral dos Santos**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **Bernardete Silva de Moura** 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

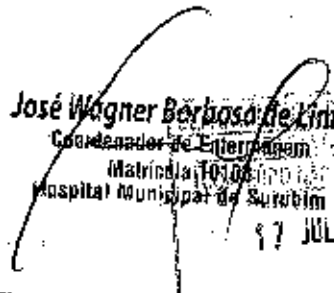


- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. Genário Cabral dos Santos, nascido no dia 28/07/2001, filho da Sra. Maria Aparecida Cabral dos Santos e do Sr. José Natal do Santos, residente no sítio Lajes do Mimoso, na zona rural desta cidade. Solicitou no dia 21/05/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico (colisão moto x carro). Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 31/03/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior CRM - 23472.

Surubim, 21 de maio de 2019.


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME


José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador de Enfermagem
Matrícula 10106
Hospital Municipal de Surubim
17 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lote 5
Cidade - Recife/PE - CEP: 52011-000



Terça Social de Energia Elétrica Cofinada pelo Lei 10.428, de 2004/73
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-402
CNPJ 10.845.832/0001-08 | 4045, 0800463-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO ADELMADE ALMEIDA

CNPJ 156 372.494-87 / NIS 70488960037

CLASSIFICAÇÃO

R1 RESIDENCIAL
BARRA RONDADOURAS

068074537

13040210

13040210

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

R JALAX, 800 N° 600 600

MINACON (ESTERHO)

SURUBIM-PE

55750-000



QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
21 CCBIM03	3,1477 EUR	6,72
88,103000 V	0,2264-1230	22,22
		3,72

TODAS AS FATURAS

Nº DO MEDIDOR	TUDO NA FURTO	DATA	ANTERIOR	LATOURA	DATA	ATUAL	LATOURA	Nº DE LIGAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
01-107	001	31/05/2018	24/447/0	15-14-2018	25/545/0	10	1.2000				80,00

ÍTEM	DESCRIÇÃO	VALOR	PERCENTUAL
1	ICMS	11,22	42,00%
2	PTB	1,77	6,72%
3	COFINS	6,54	24,96%
4	Outros	2,61	9,74%
5	Tributação	1,02	3,82%
6	Tributação	2,40	8,91%
7	Tributação	1,02	3,82%
8	Tributação	1,02	3,82%
9	Tributação	1,02	3,82%
10	Tributação	1,02	3,82%
11	Tributação	1,02	3,82%
12	Tributação	1,02	3,82%
13	Tributação	1,02	3,82%
14	Tributação	1,02	3,82%
15	Tributação	1,02	3,82%
16	Tributação	1,02	3,82%
17	Tributação	1,02	3,82%
18	Tributação	1,02	3,82%
19	Tributação	1,02	3,82%
20	Tributação	1,02	3,82%
21	Tributação	1,02	3,82%
22	Tributação	1,02	3,82%
23	Tributação	1,02	3,82%
24	Tributação	1,02	3,82%
25	Tributação	1,02	3,82%
26	Tributação	1,02	3,82%
27	Tributação	1,02	3,82%
28	Tributação	1,02	3,82%
29	Tributação	1,02	3,82%
30	Tributação	1,02	3,82%
31	Tributação	1,02	3,82%
32	Tributação	1,02	3,82%
33	Tributação	1,02	3,82%
34	Tributação	1,02	3,82%
35	Tributação	1,02	3,82%
36	Tributação	1,02	3,82%
37	Tributação	1,02	3,82%
38	Tributação	1,02	3,82%
39	Tributação	1,02	3,82%
40	Tributação	1,02	3,82%
41	Tributação	1,02	3,82%
42	Tributação	1,02	3,82%
43	Tributação	1,02	3,82%
44	Tributação	1,02	3,82%
45	Tributação	1,02	3,82%
46	Tributação	1,02	3,82%
47	Tributação	1,02	3,82%
48	Tributação	1,02	3,82%
49	Tributação	1,02	3,82%
50	Tributação	1,02	3,82%
51	Tributação	1,02	3,82%
52	Tributação	1,02	3,82%
53	Tributação	1,02	3,82%
54	Tributação	1,02	3,82%
55	Tributação	1,02	3,82%
56	Tributação	1,02	3,82%
57	Tributação	1,02	3,82%
58	Tributação	1,02	3,82%
59	Tributação	1,02	3,82%
60	Tributação	1,02	3,82%
61	Tributação	1,02	3,82%
62	Tributação	1,02	3,82%
63	Tributação	1,02	3,82%
64	Tributação	1,02	3,82%
65	Tributação	1,02	3,82%
66	Tributação	1,02	3,82%
67	Tributação	1,02	3,82%
68	Tributação	1,02	3,82%
69	Tributação	1,02	3,82%
70	Tributação	1,02	3,82%
71	Tributação	1,02	3,82%
72	Tributação	1,02	3,82%
73	Tributação	1,02	3,82%
74	Tributação	1,02	3,82%
75	Tributação	1,02	3,82%
76	Tributação	1,02	3,82%
77	Tributação	1,02	3,82%
78	Tributação	1,02	3,82%
79	Tributação	1,02	3,82%
80	Tributação	1,02	3,82%
81	Tributação	1,02	3,82%
82	Tributação	1,02	3,82%
83	Tributação	1,02	3,82%
84	Tributação	1,02	3,82%
85	Tributação	1,02	3,82%
86	Tributação	1,02	3,82%
87	Tributação	1,02	3,82%
88	Tributação	1,02	3,82%
89	Tributação	1,02	3,82%
90	Tributação	1,02	3,82%
91	Tributação	1,02	3,82%
92	Tributação	1,02	3,82%
93	Tributação	1,02	3,82%
94	Tributação	1,02	3,82%
95	Tributação	1,02	3,82%
96	Tributação	1,02	3,82%
97	Tributação	1,02	3,82%
98	Tributação	1,02	3,82%
99	Tributação	1,02	3,82%
100	Tributação	1,02	3,82%

30511-8884-ARDDMGE VOWS-PRIB-PRIB-DONJ

CONSUMO	VALOR	PERCENTUAL
80,00	1,02	3,82%
7,00	2,70	10,00%
2,00	0,70	2,50%
1,00	0,35	1,25%
0,50	0,18	0,65%
0,25	0,09	0,32%
0,12	0,04	0,16%
0,06	0,02	0,08%
0,03	0,01	0,04%
0,01	0,00	0,01%

31,27



17 JUL 2018
Gente Gerenciadora S/A
Av. da América, nº 713 - Loja 6
Graciosa - Recife/PE - CEP 54011-000

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 221306 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP 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.

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574940534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GENARIO CABRAL DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 115981834 / 78 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GENARIO CABRAL DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 115981834 / 78 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

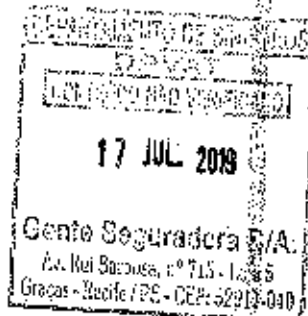
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	Cep <u>55750 000</u>
Email <u>afreguinos1944@proton.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 96650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81335042</u>

SURUBIM/PE 6 de Julho de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante



0241688/19

SURUBIM (PE), 18 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: GENARIO CABRAL DOS SANTOS
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190432699

Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 31/03/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA ML 125, de placa KJX 0466, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas GRAVES e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos
Espera Deferimento



Genario Cabral dos Santos
GENARIO CABRAL DOS SANTOS
VITIMA/BENEFICIARIA

Bernadete Silva de Moura
BERNADETE SILVA DE MOURA
REPRESENTANTE LEGAL

URUBET DO MUNICIPAL DE SAUDE
JPA 241 DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDOS

Nº OCORRÊNCIA: 00061999

Identificação: 47663

CNS: 162200483750009

Idade: 17 Anos 8 Meses 3 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Nascimento: 28/07/2001

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

End: LAGE DO MIMOSO

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55750000

Idade: 53RUBIM

Nac.: BRASILEIRA

Doc: 9738391

Nome: MARIA APARECIDA CABRAL DOS SANTOS

Pal: JOSE NATAL DOSS ANTOS

Tel.: 81 96865760

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências:

Data: 31/03/2019 Hora: 18:26 Nº Ocorrência: 61999 Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

ACIDENTE

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

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

ACIDENTE no trânsito
(Colisão com muro)
Apresenta dor no
ombro antero-lateral
e dor no pescoço

TRATAMENTO:

- SG 500mg, 100mg
- Difenidramina 25mg
- No analgésico

Dr. Márcio Junior
Clínico Geral
CRM-PE 23472

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVEDO:

MÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 31/03/2019 18:26:13

☐ CURATIVO

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA

17 JUL 2019

Genio S. Gomes
Médico de Família e Comunidade
CRM-PE 5580-000



Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr.º Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:		1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local			
Município:					
Nome do Paciente:		data de Nascimento: ____/____/____			
Quadro Clínico:		PACIENTE vítima de acidente automobilístico em fuga de carro em estrada de terra km 15			
HD: FRATURA DE OMBRO DIREITO DE AMBOS OS OMBROS					
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente		CRM:		DATA:	
Dr.º Mário Júnior Clínico Geral CRM-PE 33472		23472			
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:		DATA:	
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
	A2. Trauma Fechado Dorsal de Acústo 15652717				
	Assinatura do (a) médico (a):		CRM:		
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
	Assinatura do (a) médico (a):		CRM:		
Assinatura do Responsável					
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN:			
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância:		17 JUL 2019	

Gente Seguradora S/A.
Av. das Pedras, nº 715 - Jd. S.º
Cidade - Recife - PE - CEP: 51010-000



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) Genario Cabral dos Santos, Esteve Interno nesta unidade de saúde no dia 31/03/2019 e foi transferido para outra unidade hospitalar em 01/04/2019. Registro Hospitalar: 336180.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

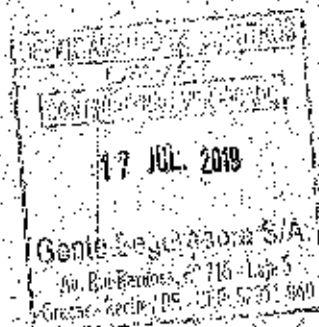
Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruara, 24 de Maio de 2019

09.794.975/0269-27

**FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - PE CEP 55000-000**

Setor de arquivo(same)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - ANamnese e Exame Físico

Nome: **JOSE CARLOS CABRAL DOS SANTOS** Idade: **49** Anos Sexo: **MASCULINO** Cor: **PARDA** Religião: **CATOLICA**
Data Nasc.: **08/07/2003** Idade: **13** Anos Sexo: **MASCULINO** Cor: **PARDA** Religião: **CATOLICA**
CPF: **26** CNES: **161200403700009**
Endereço: **STRT. CA. EDEMINOSO** Nº: **1**
Bairro: **RURAL** Cidade: **SURUBIM** Estado: **PE**
CEP: **55200-000** Fone: **35411075** Profissão: **AGRICULTOR**
Nome da Mãe: **AMARA APARECIDA CABRAL DOS SANTOS**
Acadêmico:
Motivo de Atendimento: **ATF COM METOCLOLITA**
Diagnóstico: **EM TRAUMATOLOGIA**

2 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**

3 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**

4 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**

5 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**

6 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**

7 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**

8 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**

9 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**

10 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**

11 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**

12 - EXAME FÍSICO Data: **11/06/2023** Hora: **14:00**



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal de São João
Secretaria de Saúde de São João

Dr. Gasol Augusto de Miranda

LADO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Código: _____		1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local	
Nome do Paciente: _____		Município: _____	
Data de nascimento: _____			
Assinatura do Médico: _____			
Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Chefe do Plantão: _____			
Assinatura do(a) Médico(a) Assistente		CRM	DATA
Assinatura do(a) Médico(a) Assistente		CRM	DATA
Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Chefe do Plantão		COREN	DATA
1ª DESTINO	1º Hospital de Destino	Município	Hora Saída
	Motivo (Registrar Detalhado)		Hora Chegada
	Assinatura do(a) Médico(a)		
	CRM		
2ª DESTINO	2º Hospital de Destino	Município	Hora Saída
	Motivo (Registrar Detalhado)		Hora Chegada
	Assinatura do(a) Médico(a)		
	CRM		
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN	
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância	

17 JUL 2009

Coordenador de Saúde
Secretaria de Saúde
São João

16/05/13 19:00

em pos. prto - direita

4 hrs 21/05/13

U. Re. -

Ata Médica - Cirurgia
Realizada em 21/05/13
Paciente: 5500
Cirurgião: 5500

21/05/13 4:00

no re. prto - direita

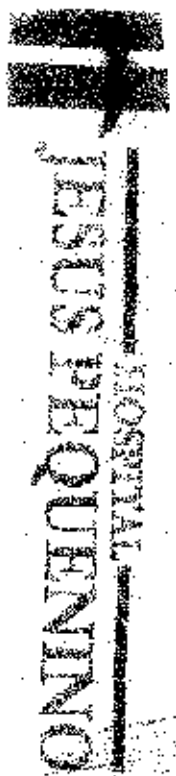
re. prto - direita

Re. Escudo de

22/05/13

re. prto - direita

Ata Médica - Cirurgia
Realizada em 22/05/13
Paciente: 5500
Cirurgião: 5500



17 JUL 2013

Centro Seguros S/A
Av. Rui Barbosa, nº 110 - Lda 5
Cidade - Recife - PE - CEP: 52013-040

NOME: Guilherme Lebrão da Silva

REG: 124 544

DATA DE NASCIMENTO: 23 / 07 / 2001

DATA DA CIRURGIA: 02 / 04 / 2013

DIAGNÓSTICO: Fratura do Rádio Ulnar

TRATAMENTO: Enfermagem e fisioterapia

DATA DO RETORNO: 16 / 05 / 13

MOTIVO DO RETORNO: Revisão da fratura

4 dias de observação pós-operatória

Ata Médica - Cirurgia
Realizada em 16/05/13
Paciente: 5500
Cirurgião: 5500



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

NOME: Genilson Cabral da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Lesão de fratura fechada do rádio CID-10: S52.6 foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

02/04/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Per o fratura fechada do rádio
segundo o plano e prescrição. MS E
O paciente DE 40 anos, natural MS E.
O diagnóstico. Do R. E. U. de Lesão

Bezerros, 28/05/19. - Int. Em acompanhamento

ambulatorial. Ref. 20/04/19

João Marlon V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 6988

DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO

EXAME DE LAUDO - 15200

17 JUL 2019

Genio Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 115 - Loja 5
Cidade - Recife - PE - CEP: 50011-900



HOSPITAL JESUS PEQUENININO

P. 6/24

6 de maio 2019

Sua

M. P. 10/10/19

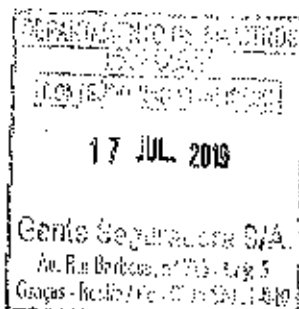
P. 6/24
e mais 50 dias no mês
de junho. Neste mês
emissão de nota fiscal
no valor de R\$ 1.000,00
a ser paga.

P. 6/24
obrigado por sua atenção.

21/05/19.

João Manoel L. Costa
Traumatismo-Ortopedia
CRM-PE 5086

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n. - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



PREFEITURA DE
SURUBIM

Compromisso de cuidar das pessoas



Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: UBS - MINIMO

Nome: Genário Cabral dos Santos

Clínica: _____

Enfermaria: _____

DECLARAÇÃO


Declaro, para os devidos fins, que
paciente, vítima de acidente
automobilístico em 31/03/2019,
sendo submetido a procedimento
cirúrgico, devido acometimento de
MSE. O mesmo, desde então,
apresenta déficit motor de
mte, estando impossibilitado de
realizar suas atividades.

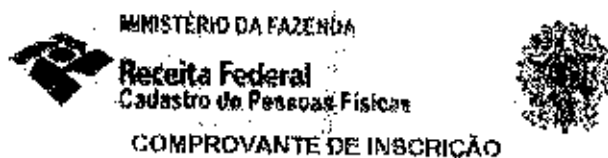
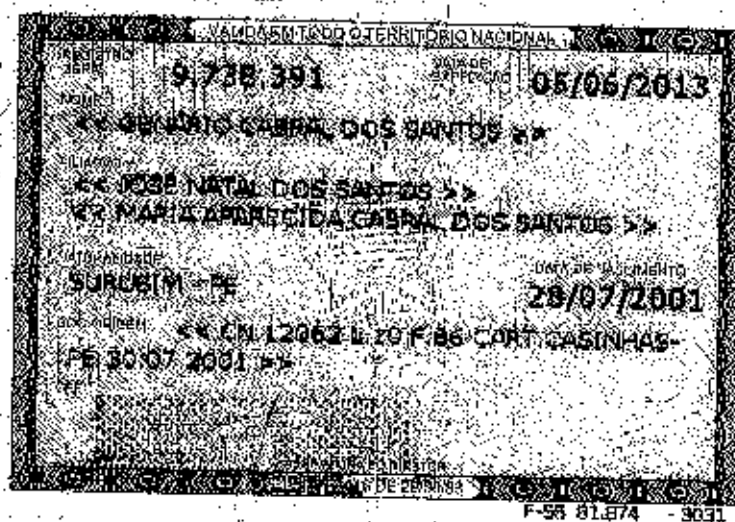
Data: 24/03/19

Rivaldo Júnior

Médico

CREMEPE 26017


Médico

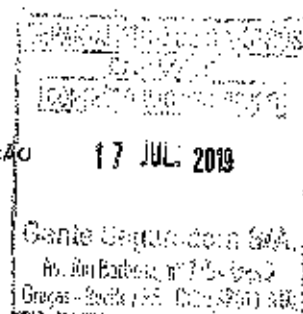


Número
115.981.834-78

Nome
GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Nascimento
28/07/2001

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 0811 56

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURL

Bernadete Silva de Moura

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALOR EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

5502012 01.03.1966

BERNARDETE SILVA DE MOURA

Nome: José Serafim de Moura

Nome da Mãe: Maria de Moura

Local de Nascimento: Recife, PE

Data de Nascimento: 10.11.1963

CPF: 028300214-01

Partido do Lado: P.S.D. Cart. de

Bernadete Silva de Moura

Recife, Pernambuco

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: BERNARDETE SILVA DE MOURA

Sig. de Inscrição: 028300214-01

Data do Nascimento: 10/11/63

VALOR EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

Bernadete Silva de Moura

Recife, Pernambuco

VALIDO EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

Emida em: 02/07/96

17 JUL 2019

Gente Seguros S.A.

Av. Rio Branco, 156 - 10º - 5

Gracas - Recife - PE - 01000-000

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA GENEALIO CABRAL DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 31/03/19 CPT DA VITIMA 11598493478
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL (CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____)
 ENDEREÇO DO PORTADOR AVA JOAO BATISTA
 Nº 5702 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750-000
 E-MAIL apaguniofficial@gmail.com TELEFONE (81) 9665 0454

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ IMPLANTABILIDADE DE ARRESTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ PROLETTIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

ASSINATURA

Informações sobre o veículo

Placa: KJX-0466

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/ML 125

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: PRETA

Chassi: CG125BR2151122

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 1985

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

Restrições: RESTRIÇÕES

NADA CONSTA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190432699 Data da solicitação: 26/03/2020
 Nome do beneficiário: GENÁRIO CABRAL DOS SANTOS CPF do beneficiário: 115.981.834
 Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 78

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 Tel. Comercial: (_____) _____ Tel. Residencial: (_____) _____
 E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: DOC MÉDICO COMPLEMENTAR (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Surubim, 26/03/2020
 Local e Data
Genário Cabral dos Santos
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido de Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá nomear pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: BERNADETE SILVA DE MOURA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 5.582.0123 SSP/PE CPF: 028.300.214-01
DATA DO ACIDENTE: 31/03/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: GENARIO CABRAL DOS SANTOS CPF: 115.981.834-78
ENDEREÇO: RUA LAJES DO MIMOSO, 690, MIMOSO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM - PE 23 DE MAIO 2019.



Bernadete Silva de Moura

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua São João Batista, 40 - Centro - Surubim-PE
Fone: (51) 3584-4133 - E-mail: contato@tabelionato-surubim-pe.com.br

XXXXXX

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) BERNADETE SILVA DE MOURA

Em 23 de maio de 2019 - às 14h
Em Testemunha da verdade,
Elizabeth Lima de Andrade Cadena - 1ª Substituta

Total: 4,91 VALENDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo: 01/214 11598183478 23/05/2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241688/19

Número do Sinistro: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

CPF: 115.981.834-78

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 06/08/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241688/19

Número do Sinistro: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

CPF: 115.981.834-78

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190430699 3 - CPF da vítima: 115.981.834-78 4 - Nome completo da vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: GENARIO CABRAL DOS SANTOS 6 - CPF: 115.981.834-78
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA LAJES DO MIMOSO 9 - Número: 690 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MIMOSO 12 - Cidade: SURUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: (81) 9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: BERNADETE SILVA DE MOURA 18 - CPF do Representante Legal: 028.300.234-01 19 - Profissão do Representante Legal: REC. INF.

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (titular ou banco)

Nome do BANCO: BRADESCO AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 11392 1

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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou descendentes (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 provarão 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.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SURUBIM/PE 04/10/2019

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Segunda Vara da Comarca de Surubim
 Fórum Bel. Didimo Gonçalves Guerra - R Cônego Benigno Lira, s/n - Centro
 Surubim/PE CEP: 55750000 Telefone: (081)3634.1622 - Email:

Expediente nº 2013.0855.000047

TERMO DE COMPROMISSO DE GUARDA DE MENOR

PROCESSO N.º 0000979-35.2012.8.17.1410

AÇÃO: **GUARDA**

Requerente: **BERNADETE SILVA DE MOURA**

Defensor Público: **Lucio Madeiros**

Em favor de **JOSÉ APARACIDO CABRAL DOS SANTOS e GENARIO CABRAL DOS SANTOS**

Aos nove (09) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e treze (2013), nesta cidade e Comarca de Surubim, Estado de Pernambuco, na Sala das Audiências onde presente se achava o doutor **JOAQUIM FRANCISCO BARBOSA**, Juiz de Direito da 2ª Vara da Comarca de Surubim-PE, comigo do seu cargo no final assinado, sendo aí, pelas 10:30 horas, compareceu a **SRA. BERNADETE SILVA DE MOURA**, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG nº 5.582.012 SSP/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 028.300.214-01, residente no Sítio Mimoso, zona rural, Surubim/PE, a quem o MM. Juiz de Direito **DEFERIU** o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo de **GUARDIÃ** dos menores **JOSÉ APARECIDO CABRAL DOS SANTOS**, brasileiro, menor, nascido aos vinte e quatro (24) de junho de 2000, filho de José Natal dos Santos e Maria Aparecida Cabral dos Santos, Registrado no Cartório do Registro Civil do Município de Casinhas - PE, no Livro n.º 10, fls. 04-V, sob o n.º 11.736, e **GENÁRIO CABRAL DOS SANTOS**, brasileiro, menor, nascido aos vinte e oito (28) de julho de 2001, filho de José Natal dos Santos e Maria Aparecida Cabral dos Santos, Registrado no Cartório do Registro Civil do Município de Casinhas - PE, no Livro n.º 10, fls. 086, sob n.º 12.062, tendo sob sua guarda e responsabilidade a pessoa e bens dos aludidos menores, competindo-lhe proporcionar aos menores, sob as penas da lei, enquanto tiver os mesmos sob sua guarda, total apoio moral e material, orientando-os na formação de suas vidas, tudo de conformidade com a **SENTENÇA** prolatada em **09/2012, que transitou em julgado em 19 de outubro de 2012**. Aceito o compromisso, assim o prometeram cumprir na forma e sob as penas da lei. Do que consta lavrei este termo que lido e achado conforme vai devidamente assinado pelo MM. Juiz de Direito pela Compromissada, Surubim 09 de janeiro de 2013. Eu, **Zelia Farias de Lira**, Matrícula nº 177.658-4, digitel. Eu **Raquel Monteiro de Abreu Mariz**, Chefe de Secretaria, subscrevi.

Joaquim Francisco Barbosa
 Juiz de Direito Titular - 2ª Vara

Bernadete Silva de Moura
BERNADETE SILVA DE MOURA
 Compromissada

17 JUL. 2013
 Conto Registradora S/A
 Av. da Boa Vista, nº 715 - Lapa
 Recife - PE - CEP: 52011-040

Autentico para os devidos efeitos a presente copia
 reprografica do documento que me foi apresentado em
 Cartório pelo Sr. Interessado, Sr. Juiz de Surubim,
 02/07/2013, em lastimura da verdade.
 Elizabete da Silva de Andrade Galdino - Substituta
 TOTAL 4.183 VALIDO QUANTO A AUTENTICIDADE
 Selo(s): 0000979-35.2012.8.17.1410-000047-000047
 Sete de Janeiro de 2013 - Surubim-PE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM
 R. Cônego Benigno Lira, s/n - Centro
 Surubim/PE CEP: 55750000

Centro
 de Notas de
 Surubim PE

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERNADETE SILVA DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000011392-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1009201905000000000023700835000000011392236250 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERNADETE SILVA DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000011392-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1009201905000000000023700835000000011392236250 PAGO