

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1368369342

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JACQUES BARRIOS 111 - 104 VISTA
 RECIFE - PERNAMBUCO
 CEP: 50050-902
 CNPJ: 10.835.932/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005549-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
 COMERCIAL 0800 0810170 PRONTIDÃO 0800 0810196
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
 do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 727 0167
 Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
 Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
 na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA	DATA DE VENCIMENTO 27/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 203,80	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/08/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/08/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 026867794	CONTA CONTRATO 7015716724 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO RUA IPE AMARELO 72 - FLORESTINHA/CARPINA - 55817-120 CARPINA PE -			
PERÍODO CONSUMO 06/07/2018 a 07/08/2018	CONSUMO 212		

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 44,94

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui				
CONTA CONTRATO 7015716724	MES/ANO 08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 203,80	VENCIMENTO 27/08/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838900020021 038000110075 015716724101 123918142836



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu João Milton Gaspar Gomes

RG nº 6.302.803, data de expedição 06/10/2015, Órgão SSP,

CPF nº 20.799.445-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Severina Faria</u>
Número	<u>1023</u>
Apto / Complemento	<u>AP 01</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Carpina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55810-000</u>
Telefone de Contato	<u>81 99984-3723</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

CONFERE COM
O ORIGINAL

Local e Data: Carpina 17 de outubro de 2018

Assinatura do Declarante: João Milton Gaspar Gomes



94

© 1999 John Wiley & Sons, Inc.

1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 26

7000467930

06/2018

11476 015 WILSON, J. L. 1992. *Journal of Great Lakes Research* 18: 114-115.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.009>

13/06/2018

05/07/2018

TOTAL & PAID IN

154 13

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

22 23

[illegible]

10.1111/j.1365-3113.2011.00500.x

[illegible]

Abstract The purpose of this study was to determine the effect of a 12-week training program on the physical fitness and health-related quality of life (HRQL) of sedentary, middle-aged men. The study was a randomized, controlled trial. The intervention group (n = 20) participated in a 12-week training program, while the control group (n = 20) remained sedentary. The training program consisted of three sessions per week, each lasting 45 minutes. The sessions included aerobic exercise, strength training, and flexibility exercises. The primary outcome was the change in HRQL, measured using the SF-36 questionnaire. Secondary outcomes included changes in physical fitness, measured using a 6-minute walk test and a handgrip strength test. The results showed that the intervention group had a significant improvement in HRQL compared to the control group. The improvement was most pronounced in the physical function domain. There were no significant differences between the groups in the other domains of HRQL. The results suggest that a 12-week training program can improve the physical fitness and HRQL of sedentary, middle-aged men.

For a complete guide to the
transformation of the U.S. economy,
visit www.fordcenter.org. The Ford Center
offers a wide range of resources,
including a comprehensive database
of research and analysis, a
newsletter, and a variety of
other materials.

Category	Sub-category	Value	Unit
Total	Overall	100	%
	Male	50	%
	Female	50	%
Age Group	18-24	25	%
	25-34	25	%
Education Level	High School	10	%
	College	10	%
Income Level	Low	10	%
	High	10	%

¹ "Autobiography from memory," *ibid.*, 10.

STATE CONTACT: 205-487-7362 MY LAMM: 06/2018 DATA COLLECTION: 11/06/2018 TOTAL A-HA: 364 (96)

15413

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima:

Jose Milton Gaspar Gomes

CPF da Vítima

201.994.456-68

Data do Acidente

10/12/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Como objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Carpiná, 18 de Outubro de 2016

Local e Data

Jose Milton Gaspar Gomes

**SAFETY
CORRETORA**

23.001.4016

DPVAT

Acidente - atropelamento

10/12/16

Nome: José Hilton Gomes Gomes

Dn. 21.08.1961

Mãe: Luzinete Gomes dos Santos

End: Av. Serniano José Freire n.º 993

3: Ed. Voldirai Estrela

3: Luzinete - mãe

16:45

16:50

HGT= 201

PA= 120x80

Paciente 56 anos, refere que há cerca de 30 min foi vítima de acidente de bicicleta após colisão com carro. Nega náuseas/vômitos.

No momento consciente, orientado, eupórico apresentando pequena dor em couro cabeludo.

Sat O2 98%. Encontra-se desidratado.

① SF 0,9% 1000 ml EV

② Voltaren - 01 amp IM (Suspensão)

③ Propofol - 01 amp + 100 ml SF 0,9% EV

④ Observar por 02 horas.

⑤ Ao HR 5059857 - Paciente apresentando

peq. afundamento
do globo ocular.

HR (Neuro)

5059857

Dr. Celso Fernando F. Almeida
CRM 23373



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP47/CIRC DINTER/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. 18E0135001964



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/06/2018 às 10:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuijoso (Consumado) que aconteceu no dia 10/12/2016 às 16:50

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARPINA, 1, AV. JOSÉ OTÁVIO CENTRO CARPINA-PE - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: ESQUINA DA CASA DE LEBRE
Local do Fato: QUADRA ESPORTIVA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTORIA GENTE)
JOSE HILTON GASPAR GOMES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE HILTON GASPAR GOMES

CONFERE COM
O ORIGINAL

SAFETY
CORRETORA

23 OUT. 2018

DPVAT

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

JOSE HILTON GASPAR GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUZINETE GOMES DOS SANTOS Pai: VOLFANO GASPAR DE MELO Data de Nascimento: 24/04/1961 Naturalidade: PRÓPRIA / SERGIPE / BRASIL Documento: 6302803 / SSP/PE (RG) 20170344566 (CPF) Estado Civil: AMACIADO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: VIGILANTE
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARPINA, 993, AV. SEVERIANO JOSÉ FREIRE, 993 BAIRRO DO CAJÁ CARPINA-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE HILTON GASPAR GOMES, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE HILTON GASPAR GOMES

Categoria/Marca/Modelo: OUTRA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 UNIDADE/NÃO INFORMADA

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

07/06/2018 09:38

Quarta: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. JOSÉ HILTON GASPARGOMES, INFORMANDO QUE NO DIA 10/12/2016, POR VOLTA DAS 16:50 HORAS QUANDO TRAFEGAVA EM SUA BICICLETA, NA AV. JOSE OTAVIO, NESTA CIDADE, NAS PROXIMIDADES DA RESIDENCIA DO SENHOR CONHECIDO POR LEBRE, TERIA SIDO ATROPELADO POR UM VEICULO DE CONDUTOR E PLACA DESCONHECIDOS, QUE, ALEGA A VITIMA TER SIDO SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA DESTA CIDADE E RECAMBADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, EM RECIFE-PE. ALEGA AINDA A VITIMA QUE TERIA SOFRIDO UMA PANCADA NA CABECA, DIANTE DO FATO EXPOSTO, VEIO COMUNICAR NESTA DELEGACIA DE POLICIA.

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

Jose Hilton Gaspar Gomes
JOSE HILTON GASPARGOMES
(VITIMA)

S. D. registro: JOSÉ AMARAL DE AGUIAR - Matrícula: 3847977

CONFERE COM
O ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para a SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização (reembolso).

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos - pai, mãe, tutor ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1- "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2- "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou Ac.

CNPJ da vítima

201799445-68

Nome completo da vítima

João Milton Gaspar Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
João Milton Gaspar Gomes

CNPJ titular da conta
201799445-68

Profissão

Endereço
Av. Severino Faria

Variante
1023

Complemento

Cidade
Carapina

Estado
PE

CEP

55810-000

Telefone (DDD)
Indeterminado

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECEIÇO INDIQUAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 1.500,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (documento para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRASIL (012)

BANCO DO BRASIL (001)

ITALY (043)

☒ **CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

1242

CONTA

57694

CV

9

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

END

AGÊNCIA

Nome

CV

CONTA

Nome

CV

Informar dígito verificador

Informar dígito verificador

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CONFERE COM
O ORIGINAL

Carapina 17 de Outubro de 2018

Local e Data

João Milton Gaspar Gomes

Campo 1 - Assinatura Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante

23/01/2018

SAFETY
CORRETORA

DPVAT

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1242 - CARPINA - PE

DATA: 11/07/2018

TERMINAL: 1002

NUL: 000751

HORA: 12:22:30

AUT: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 1242/013.00057674 9

NOME: JOSE HILTON GASPAR (AME)

SALDO DISPONIVEL: 165,75

SALDO BLOQUEADO: 0,00

SALDO TOTAL: 165,75

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 8101

Ouvidoria da CAIXA 0800 725 2474

www.caixa.gov.br

Via Cliente

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180509434

Vítima: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Data do Acidente: 10/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE HILTON GASPAR GOMES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180509434

Vítima: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Data do Acidente: 10/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE HILTON GASPAR GOMES

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 13658875



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Nº Sinistro: 3180509434

Vitima: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Data do Acidente: 10/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180509434**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Nº Sinistro: 3180509434

Vitima: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Data do Acidente: 10/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180509434**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13533806



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0395643/18

Número do Sinistro: 3180509434

Vítima: JOSE HILTON GASPAR GOMES

CPF: 201.799.445-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/12/2016

Titular do CPF: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 28/11/2018

Nome: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

CPF: 102.319.104-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018

Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

CPF: 024.548.534-18

INA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180509434 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HILTON GASPAR GOMES **Data do acidente:** 10/12/2016 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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:

JOSE HILTON GASTÃO GOMES.
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão VIGILANTE,
residente e domiciliado a Rua SEVERINO FARIAS
Nº 1023 Bairro CENTRO Município de CARPINA
estado de PE CEP 55810-000 portador(a) do RG Nº
6302803 e CPF Nº 201.799.445-68

OUTORGADO: Sabrina Priscilla Gomes de Lima Rezende Heráclio, brasileira, solteira, profissão
me recuso, residente e domiciliado na Rua Ipê Amarelo nº72, Bairro de Florestinha, município
de Carpina, Estado de Pernambuco, CEP 55817-120, portador do RG. 7.852.057 SDS/PE e CPF Nº
102.319.104-01.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) seu
bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do
Consortio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a)
Sr(a) _____
ocorrido em 11/06/2018 conforme registrado em BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de
pagamento/ crédito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
indenização de sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel
cumprimento do presente mandato.

CARPINA-PE, 11 de junho de 2018.

Jose Hilton Gastão Gomes

OUTORGANTE

CPF Nº _____

CONFERE COM
O ORIGINAL

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO

Procuração do Registro de Imóveis, Matrículas, Títulos e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas

Av. Comendador Evandro Interamoni, 120 - Fone/Fax: (51) 3621.9410, Carpina-PE - e-mail: carpinajb@bol.com.br

JOSE MANOEL DA SILVA FILHO

Oficial

Reconheço, Por Autenticidade a firma: JOSE HILTON GASTÃO
GOMES, lançada em minha presença dou fé. CARPINA/PE
11/06/2018 15:10:24. Emol:3,99; TSNR: 0,80; FERC:0,40; Total:
4,79. Selo nº 0074807.YET05201801.03148. Consulte
autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital. Marcia Michele
Galdino da Silva, Tabelião



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESERVA
GENIAL 7.852.057 DATA DE
EXPIRAÇÃO 29/06/2011

NOME << SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA
REZENDE HERACLIO >>

FILIAÇÃO
<< EDUARDO DE REZENDE HERACLIO >>
<< SIMONE GOMES DE LIMA >>

NATURALIDADE
CARPINA - PE DATA DE NASCIMENTO
18/01/1993

DOC. ORDEM << 0758530155 1994 1 00030 093
0032303 19 CARPINA-PE >>

CPF
102.319.104-01

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

E-01

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE BENEFICENCIA A FAMILIARES RURAIS

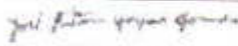
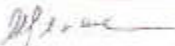


POLEGAR DIREITO



Sabrina Pereira G. de Lima R. Marinho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME JIMES RILTON BARBOSA GOMES		
	RG, CONTRA-TM, (MOCR) e 4324801 800 PE	CNH 281.189.440-00 21/09/1961
	PLACA VOLFANO GASSER DE MELO	
	LOBISATE GOMES DOS SANTOS	
PASSAGEM 	SEX M	CAT. HABIL. B
PROFISSÃO 03663120191	VALIDADE 22/09/2020	EMISSÃO 19/12/2002
ASSINATURA 		
LOCAL CARPINA PE 06/10/2015		
ASSINATURA DO AUTÓGRAFO 		
00649485150 PED66344575		

VÁLIDA EM TODAS
 AS CATEGORIAS
 1107355105

PROFISSÃO PLASTICIZADA
 1107355105

NÃO RECONHECER

CARPINA 20 DE NOVEMBRO DE 2018

A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS SEGURO DPVAT

SETOR ADMINISTRATIVO

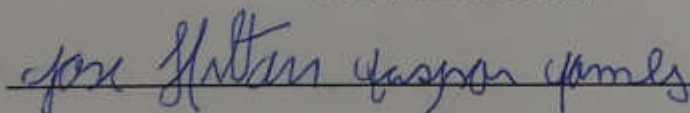
VITIMA: JOSE HILTON GASPAR GOMES

SINISTRO: 3180/509434

Venho por meio desta comunicar a esta seguradora que toda documentação já esta anexada ao processo incluindo 1º Atendimento da Unidade Mista de Carpina, sendo transferido para o Hospital da Restauração como consta na Ficha de Esclarecimento, todas essas documentações já foram encaminhadas, mesmo assim estou encaminhando os exames de imagem. Peço então que libere minha pericia para comprovar a minha seqüela e assim concluir o processo, se necessário podem fazer auditoria para confirmar o fato e as seqüelas, caso não tenha nenhuma resposta positiva estarei entrando com pedido judicial.

Agradeço desde já pela sua compreensão.

Atenciosamente,



JOSE HILTON GASPAR GOMES

CPF. 201.799.445-68

FONE: (81) 99984-3723/ (81) 99209-8154

10/12/16

Acidente - atropelamento

Paciente: João Ailton Gaspar Gomes

Dn 21.05.1961

Mãe: Luzinete Gomes dos Santos

End: Av. Serrano Leite 993

3: Cda. Waldemar Estêvão

Log: Café

16:45

16:50

HET= 201

PA= 120x80

Paciente 56 anos, refere que há cerca de 30 min foi vítima de acidente de trânsito após colisão com carro. Nega traumatismos.

No momento consciente, orientado, suprimido apresentando pequena dor em braço direito. Sot D2 987. Encontrou-se desidratado.

- ① SFO, 91. 1000 ml E
- ② 4 Volts rem. 01 amp MI (Suspensão)
- ③ Propomid - 01 amp + 100 ml SFO, 91 EV
- ④ Observação por 2 horas
- ⑤ Cio HR 5059 857 - Paciente apresentando
peq. afundamento
do lábio inferior.

Dr. Celso Fernando P. Almeida
CRM 12345

HR (Neuro)
5059857



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

Especialidades Médicas

Angiologia / Cirurgias Vascular

Clínico Geral

Cardiologia

Dermatologia / Cosmiatria

Endocrinologia

Fonoaudiologia

Gastroenterologia

Ginecologia

Ginecologia / Peniscopia

Ginecologia / Obstetrícia

Mastologia

Neurologia

Otorrinolaringologia

Ortopedia / Traumatologista

Pediatria

Pneumologia

Psicóloga

Reumatologia

Urologia

RECEITUÁRIO

Paciente: João Henrique Silva

Solo 10 su
de fratura
no osso D
de + 0,5 cm

1 e R
e de fratura

Carpina, ____ / ____ / ____

Dr. José Francisco Vasconcelos
Clínica Médica - Roraima
CRM 8454 - CPT 187.624.204-15

- Médico -

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com

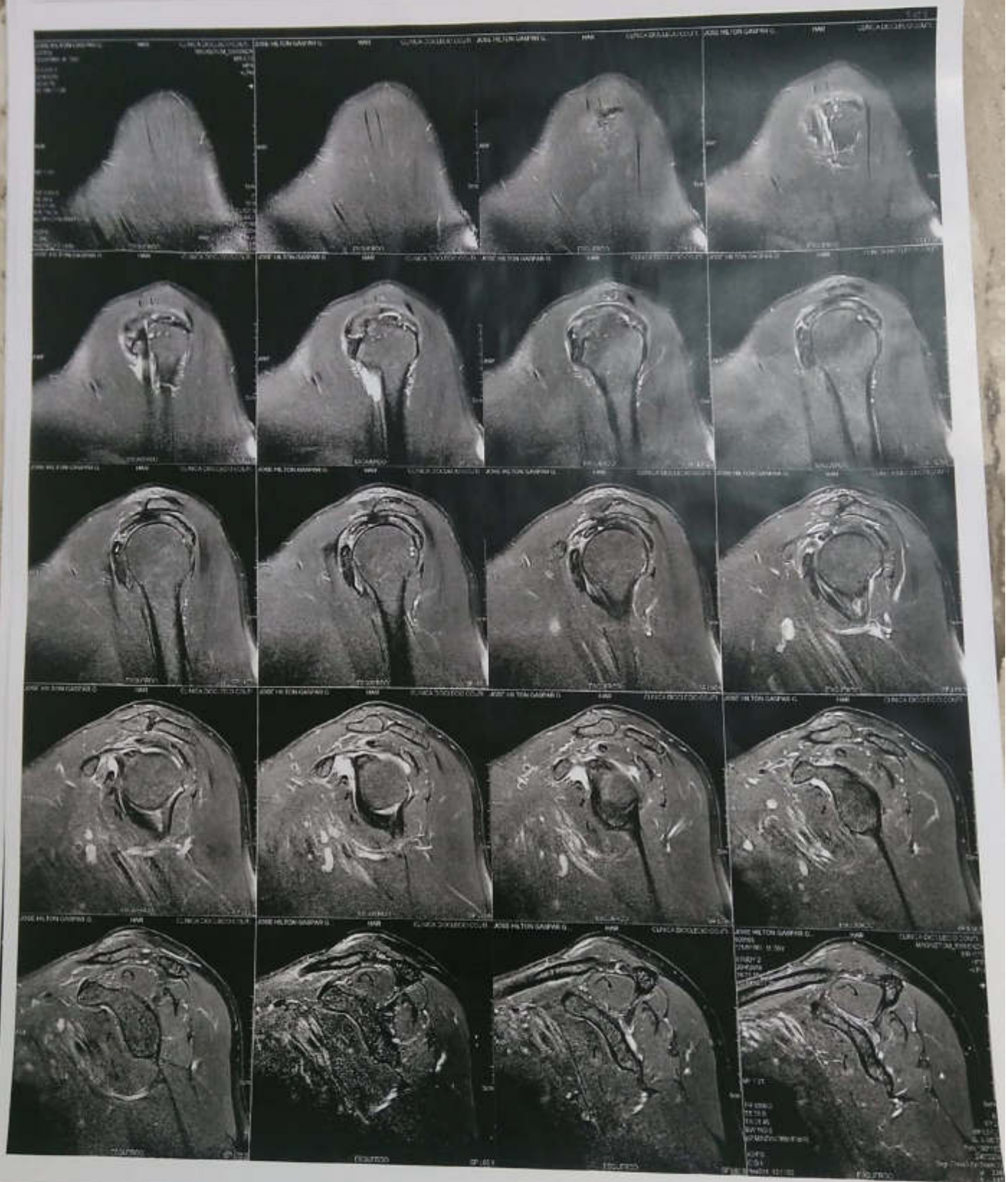


CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com.br



R-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE. - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: edrcoutinho@yahoo.com.br





CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



R-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1208283
Nome: Jose Hiltem Gaspar Gomes

Foi atendido às _____ hs. do dia 10, 12, 16

Diagnóstico Provável: 1- TCE
2- HSDA laminar I
+ fratura parietal + HSDA traumática
CD 10 = S06

Tratamento Realizado: Paciente em observação
na unidade de trauma - pela
neurocirurgia
ELC - RT Isotopia RT (+) Per
com 10 suspensões muito elevadas
sem indicação cirúrgica

Observação: momento - com condições
para transporte caso necessário
transferência para hospital
de referência.

Cópia de: _____
11/12/16
Renate Monteiro
Médica Neuropsiquiatria
Neuropsiquiatria - CRM 20145
Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0600 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

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 n° 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 seguros, 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, reprimir, eliminar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei n° 9.613/98.

Pelo exposto, eu Salmir Trindade de Almeida Mendes inscrito (a) no CPF/CNPJ 102319104 / 01
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Milton Gaspar Gomes inscrito
(a) no CPF sob o N° 201399445 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima
Jose Milton Gaspar Gomes, insento (a) no CPF sob o N° 201399445 / 68, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Jpe Amarello</u>	Número <u>72</u>	Complemento _____
Bairro <u>Florستان</u>	Cidade <u>Carpina</u>	Estado <u>PE</u>
E-mail <u>salmirtrindade@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) _____
		Telefone celular (DDD) <u>8199984-3+23</u>

Carpina / 17 de outubro de 2018
Local e Data

Salmir Trindade de Almeida Mendes
Assinatura do Declarante

