
Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190312430

Vítima: ALEX PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEX PEDRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190312430

Vítima: ALEX PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALEX PEDRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	067.445.574-67	ALEX PEDRO DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
ALEX PEDRO DA SILVA		067.445.574-67	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
REC. INF	RUA SÃO JOSÉ	250	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
LOTTO PLANALTO	TORITAMA	PE	55125-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(81) 9665-0454		

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

RENTA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 2551	CONTA: 25731	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(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 titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: TORITAMA PE 02/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alex Pedro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	067.445.574-67	ALEX PEDRO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ALEX PEDRO DA SILVA	067.445.574-67	
Profissão:	Endereço:	Número:
REC. INF	RUA SÃO JOSÉ	250
Bairro:	Cidade:	Estado:
LOTTO PLANALTO	TORITAMA	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	55125-000	(31) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 25731 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) em decorrência 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Inquirição
de tal da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: TORITAMA PE 02/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alex Pedro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



29/03/2019 15:19

52162

0154167/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0219000547

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/03/2019 às
15:25

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/12/2018 às 12:10

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 1, LOTEAMENTO
PLANALTO - PROXIMO AO CAMPO SOCYTE DE ZÉ BRASIL - Bairro:
CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
ALEX PEDRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): ALEX PEDRO DA SILVA

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

**ALEX PEDRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA
CONCEIÇÃO DA SILVA Data de Nascimento: 21/5/1986 Naturalidade: TORITAMA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: T635943/SUS/PE (RG), 00744867407 (CPF) Estado
Civil: ANASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A)**
Telefones Celulares:
- 993811448

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 266, RUA SÃO JOSE - PLANALTO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JUNIOR CEZAR PEREIRA DA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEX PEDRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD** Objeto apreendido:
Não

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

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



Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGD9839** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **227000454** Chassi: **9C2KD9510AR026149**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE: VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA KGD 9839 PELA RUA PRINCIPAL DO LOTEAMENTO PLANALTO, TRAFEGANDO NO SENTIDO PARQUE DAS FEIRAS. QUANDO REALIZOU UMA MANOBRA BRUSCA PARA NÃO COLIDIR COM O VEÍCULO VW PARATI DE COR PRATA DE PLACA E CONDUTOR DESCONHECIDO, QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, SOFRENDO LESÕES EM SUA PERNA DIREITA; QUE LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA DESTA CIDADE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO.

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

Alex Pedro da Silva

ALEX PEDRO DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ROGERIO DA SILVA DA FONSECA** - Matrícula: **220572-0**



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

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



534178

02308119
3190423528

29/03/2019 15:19

52162

0154167/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0219000547

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/03/2019 às
15:25

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/12/2018 às 12:10

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 1, LOTEAMENTO
PLANALTO - PROXIMO AO CAMPO SOCYTE DE ZÉ BRASIL - Bairro:
CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
ALEX PEDRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): ALEX PEDRO DA SILVA

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

**ALEX PEDRO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA
CONCEIÇÃO DA SILVA Data de Nascimento: 21/6/1986 Naturalidade: TORITAMA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7638943/SDS/PE (RG). 06744687467 (CPF) Estado
Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: COSTUREIRO(A)**
Telefones Celulares:
- 993611448

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 255, RUA SÃO JOSE - PLANALTO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JUNIOR CEZAR PEREIRA DA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEX PEDRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD** Objeto apreendido:
NÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715 Loja
Gracas - Recife/PE CEP: 520



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/PO LÍCIA CIVIL/infpol/gm/BOEP...

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KGD9839** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Renavam: **227000494** Chassi: **9C2KD9610AR026149**Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

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

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE: VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA KGD 9839 PELA RUA PRINCIPAL DO LOTEAMENTO PLANALTO, TRAFEGANDO NO SENTIDO PARQUE DAS FEIRAS, QUANDO REALIZOU UMA MANOBRA BRUSCA PARA NÃO COLIDIR COM O VEÍCULO VW PARATI DE COR PRATA DE PLACA E CONDUTOR DESCONHECIDO, QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, SOFRENDO LESÕES EM SUA PERNA DIREITA; QUE LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA DESTA CIDADE, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO.

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

Alex Pedro da Silva
ALEX PEDRO DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ROGERIO DA SILVA FONSECA** - Matrícula: **220978-0**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	067.445.574-67	ALEX PEDRO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ALEX PEDRO DA SILVA	067.445.574-67	
Profissão:	Endereço:	Número:
REC. INF	RUA SÃO JOSÉ	250
Bairro:	Cidade:	Estado:
LOTTO PLANALTO	TORITAMA	PE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	55125-000	(31) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2551 CONTA: 25731 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) em decorrência 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

Inquirição
de tal da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: TORITAMA PE 02/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alex Pedro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Toritama, 28 de Janeiro de 2019.

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 027/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Para: **ALEX PEDRO DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **ALEX PEDRO DA SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 3497-1, no dia 16/12/2018, foi atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,




Mateus Tavares

Mateus Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Registro: 3497-1	Hora: 12:34	Nome do Paciente: Alex Pedro da Silva	Sexo: M	Data de Entrada: 16-05-2018 - 12:34
Idade:	RG: 7535943	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data de Nascimento: 31-05-1986	Naturalidade:			
Endereço: São José	Número:	Complemento:		
Cidade: Montama	Bairro: independente	UF: PE	CEP: 55125-000	
SUS: 709708025600590	Profissão:			
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA	Nome do Pai:			
Nome do Responsável:	Telefone:			

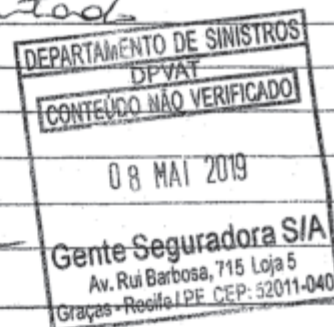
Dados da Classificação : (Enfermeiro) Horário: _____

PA: x	PULSO:	FR: 1	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:		SpO ₂ com O ₂ ___ L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL					

Enfermeiro(a)
Assinatura/carimboHDA: Pte. apresenta lesões católicas em calcâneo
durante acidente carro-moto

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP: _____

EXAME GERAL: BEC, acedados, orientados
NEUROLÓGICO: } NDN.
ACV: }
AR: }
ABDOME: }
MEMBROS: lesões católicas



Diagnóstico Provisório: _____

Alergias: () Sim: _____ () Não

Conduta: 1. Voltar a casa com

2. Rins antitéticos

3. Limpeza e curativos após lesões

Dr. Maurício Cabral
MÉDICO
CREMEPE 23403 CLÍNICO GERAL
(CRM)

Registro: 3497-1	Hora: 12:34	Nome do Paciente: Alex Pedro da Silva	Sexo: M	Data de Entrada: 16-02-2018 - 0:34
Idade:	RG: 7535943	Órgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data de Nascimento: 31-05-1986	Naturalidade:			
Endereço: São José	Número:	Complemento:		
Cidade: Aratama	Bairro: Independente	UF: PE	CEP: 55125-000	
SUS: 709708025600590	Profissão:			
Nome da Mãe: Maria da Conceição da Silva	Nome do Pai:			
Nome do Responsável:	Telefone:			

Dados da Classificação : (Enfermeiro) Horário: _____

PA: x	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:	SpO ₂ com O ₂ ___ L/min:				
CLASSIFICAÇÃO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL					

Enfermeiro(a)
Assinatura/carimbo

HDA: Pte. aparente lesão contusiva em calcâneo
durante acidente com moto

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP: _____

EXAME GERAL: BEC, acordado, orientado

NEUROLÓGICO:

ACV:

AR:

ABDOMEN:

MEMBROS:

NPN.

lesão contusiva

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grupos - Recife / PE CEP: 52011-040

Diagnóstico Provisório:

Alergias: () Sim () Não

Conduta:

1. Voltar a casa com
2. medicação analgésica
3. limpeza + curativo após trauma

Dr. Maurício Cabral
MÉDICO
CREMEPE 23402 CLÍNICO GERAL
(CRM)



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAO JOSE 265

LOTTO PLANALTO/TORITAMA
TORITAMA PE
55125-000

7020988600	03/2019
22/03/2019	12/04/2019
	78,54

054253057	UNICA	15/03/2019
15/03/2019	2001450549	6182889

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(W/h)			
Contrib. Ilum. Pública Municipal	86,0000000	0,75260324	72,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 042487639-14/12/18			2,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 048712845-15/01/18			0,43
Multa por atraso-NF 048712845 - 15/01/18			0,88
Juros por atraso-NF 048712845 - 15/01/18			1,82
			0,78
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DA FATURA

78.54

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE LANTARNA CAT									78,54
Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (WH)
3152044200		DATA 15/03/2019	LEITURA 2.316,00	DATA 15/03/2019	LEITURA 2.315,00	30	1,0000		90,00

[illegible][illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

ATENÇÃO: A CELPS INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EMITIR DESAÍDOS E EXISTENTES CAUSANDO CORTE					
Vencido	De vencido	Vencido	De vencido	Vencido	
26/03/19	14/03/19	Vencido	02, 0		

Esta comunicação foi gerada automaticamente pelo sistema de emissão de recibos em PDF e não contém assinaturas ou rubricas. Caso haja necessidade de alteração, o usuário deve acessar o sistema de emissão de recibos em PDF e realizar as alterações necessárias. O sistema de emissão de recibos em PDF é uma ferramenta de trabalho que permite a emissão de recibos em PDF de forma rápida e segura. O sistema de emissão de recibos em PDF é uma ferramenta de trabalho que permite a emissão de recibos em PDF de forma rápida e segura.

Este comunicado foi elaborado pelo Departamento de Comunicação da Prefeitura Municipal de Curitiba, com o objetivo de informar a população sobre o andamento dos trabalhos de recuperação da rede de distribuição de água potável no bairro de São Francisco, no município de Curitiba. A obra está sendo realizada em etapas, com o objetivo de garantir a qualidade e a continuidade do abastecimento de água para todos os moradores do bairro. A Prefeitura Municipal de Curitiba se compromete a manter a população informada sobre o andamento dos trabalhos e a garantir o melhor atendimento possível. Para mais informações, consulte o site da Prefeitura Municipal de Curitiba ou entre em contato com o Departamento de Comunicação.

COLUNA	VALOR	LIMITE MINIMAL	LIMITE TRANSITORIAL	LIMITE ANUAL	TOTAL ANUAL (%)	LIMITE DE VARIACAO (%)
DISC	2,59	5,31	13,52	21,25	220	250
PIS	2,00	3,29	9,47	12,85		231
CMS	2,14	3,69	0,00	0,00		

Limite DISC: 73,22

DISC - % em do Preço de Uso do Sistema de Distribuição = 73,26, e

CONTA CONTRATO 752148000 MÊS/ANO 03/2019 DATA DE VENCIMENTO 22/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$)

78.54

83870000000-1 78540011007-9 02098860010-7 13788326753-0





Terceira Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 13.436, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 16.838.822/0001-08 | Insc. Est. 000983-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE RAULSON DE ARAUJO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAO JOSE 255

CPF: 027 786 254-53

LOTTO PLANALTO/TORITAMA
TORITAMA PE
55125-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CÓDIGO CONTRATO	7020988600	MÊS/ANO	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	22/03/2019	DATA DE EMISSÃO	12/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	78,54		

PERÍODO	TIPO DE	PERÍODO
05/03/2019	LEIÇÃO	15/03/2019
15/03/2019	2014/09/04	01/02/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	96.0000000	0,7526224	72,24
Contrib. San. Pública Municipal			2,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 04087436-14/12/18			0,43
ICMS Subvenção-CDE-NF 048712645-15/01/19			0,66
Multa por atraso-NF 048712645-15/01/19			1,82
Juros por atraso-NF 048712645-15/01/19			0,78

TOTAL DA FATURA

78,54

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)	
11234567	CAT	15/03/2019	2 811,00	3 011,18	30	1,00000		96,00	

DESCRIÇÃO DO CONSUMO		DESCRIÇÃO DO CONSUMO		DESCRIÇÃO DO CONSUMO	
MAR 18	36	ICMS	72,24	25,20	72,24
FEV 18	96	PIS	72,24	1,01	0,72
JAN 18	112	COPRES	72,24	4,80	3,36
DEZ 17	76				
NOV 17	76				
OUT 17	63				
SET 17	73				
AUG 17	58				
JUL 17	85				
JUN 17	72				
MAY 17	70				
ABR 17	74				
MAR 17	81				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
O consumidor deve estar atento às informações sobre o consumo de energia elétrica, pois o mesmo pode ser afetado por fatores como: mudança de horário de trabalho, mudança de residência, mudança de hábitos de consumo, entre outros. É importante que o consumidor esteja sempre informado sobre o consumo de energia elétrica, pois isso pode ajudar a evitar problemas com a concessionária de energia elétrica.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO
Se você possui contas em atraso, isso pode causar corte de energia elétrica em sua unidade consumidora. É importante que você esteja sempre informado sobre o consumo de energia elétrica, pois isso pode ajudar a evitar problemas com a concessionária de energia elétrica.

TOMADA DE ENERGIA ELÉTRICA				TOMADA DE ENERGIA ELÉTRICA			
TIPO DE	VALOR	UNIDADE	VALOR	TIPO DE	VALOR	UNIDADE	VALOR
DE	2,80	0,20	10,00	DE	2,80	0,20	10,00
FEV	3,00	0,25	8,47	FEV	3,00	0,25	8,47
DEZ	3,18	0,25	8,47	DEZ	3,18	0,25	8,47

CÓDIGO CONTRATO	7020988600	MÊS/ANO	03/2019	DATA DE VENCIMENTO	22/03/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	78,54
83870000000-1 78540011007-9 02098860010-7 13788326753-0							

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

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



celpe
energia

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 10.835.823/0001-26 | Insc. Est. 0001843-15 | www.celpe.com.br

Toda a Social de Energia elétrica criada pela Lei 10.436 de 26/04/2002

SABOR DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERREIRA-S

CPF: 945.254.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RECENCIAL

PERCEPÇÃO: 2011/08/08 375,3308
APRESENTAÇÃO: 2011/08/08 375,3308
SABOR DO CLIENTE: 2011/08/08 375,3308

Consumo AbonijVW
Correio Num. Pública Municipal
ICMS Subversão CDE-UF 04534888-0701/19
ICMS Subversão CDE-UF 04534888-0701/19

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA 370

CENTRO-SUL-III
SUL-III-PE
55750-000

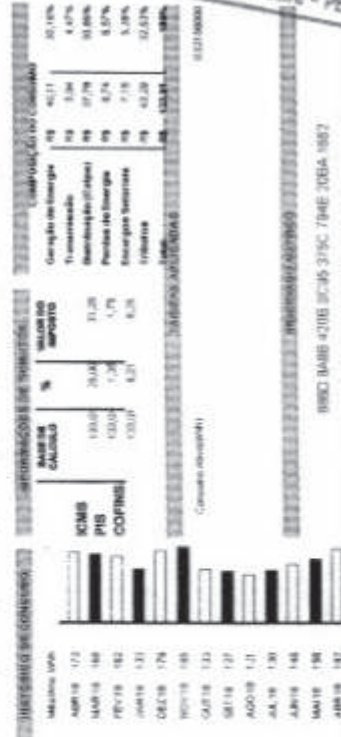
DATA DE EMISSÃO: 17/07/2019
VALOR TOTAL: 155,97
VALOR DEBÍTO: 155,97
VALOR CREDITADO: 0,00

QUANTIDADE: 172,00000000
PREÇO UNIT: 0,7710892
VALOR UNIT: 132,01
21,18
0,81
0,87

QUANTIDADE: 172,00000000
PREÇO UNIT: 0,7710892
VALOR UNIT: 132,01
21,18
0,81
0,87

TOTA DA DATA

Nº DO MÉDIO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LITURA ANTERIOR	LITURA ATUAL	Nº DE CONSTATES DIAS	AJUSTE	CONSUMO MENS
000014	0,01	08/03/2019	28.176,00	34.462,00	27	1,0000	172,00



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Atenção! Este é um documento gerado automaticamente pelo sistema de medição e não possui validade jurídica. Para obter o documento original, consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco (www.celpe.com.br) ou contate o Serviço ao Cliente (0800-0000000).

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
08 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Recife - PE - CEP 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERREIRAS

CPF: 2095028-889-PE
CPF: 374.340.534-88
DATA DE NASCIMENTO: 06/04/1986

PLACAO: ANEXO FERREIRAS DE
OLIVEIRA RODRIGO
DALYANI COSTA DE
ALBUQUERQUE FERREIRAS

CPF: 374.340.534-88
DATA DE NASCIMENTO: 06/04/1986

CPF: 374.340.534-88
DATA DE NASCIMENTO: 06/04/1986

CPF: 374.340.534-88
DATA DE NASCIMENTO: 06/04/1986

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEX PEDRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.445.574 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEX PEDRO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.445.574 / 67, 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 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 JOÃO 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>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9665-0454</u>		Telefone celular (DDD) <u>(81) 8133-5022</u>

SURUBIM/PE, 02 de MAIO de 2019

Local e Data

Eduardo Fernandes

Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEX PEDRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.445.574 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEX PEDRO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.445.574 / 67, 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, residindo 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 JOÃO 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>AFSEGURO@1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)9665-0454</u>	Telefone celular(DDD) <u>(81)8133-5022</u>

SURUBIM/PE, 02 de MAIO de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA,
RG nº 9063137, data de expedição 10/05/2002,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 068.208.274/07, com
domicílio na cidade de TORITAMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA INDEPENDENTE, nº 514,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ALEX PEDRO DA SILVA, cujo o condutor era
ALEX PEDRO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA.
Modelo: NXR-150 BEOS.
Ano: 2010.
Placa: K6D-9839.
Chassi: 9C2KD0510AR026149.
Data do Acidente: 16.12.2018.
Local e Data: TORITAMA (PE).

J. Junior Cezar Pereira da Silva
Assinatura do Declarante

Alex Pedro da Silva

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



CARTÓRIO ÚNICO TORITAMA-PE
Rua do Comércio, 343 - Centro - Toritama-PE
Aurea de Moura Jesus
- Tabelião -
Maria do Rosario da Silva Araújo
1ª Substituta
Huiara Maria Cristina da Silva Araújo
2ª Substituta
COMARCA DE TORITAMA

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS TÍT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
Aurea de Moura Jesus TITULAR - Maria do Rosario da Silva Araújo SUBSTITUTA - Huiara Maria Cristina da Silva SUBSTITUTA
RUA DO COMÉRCIO, 343 - CENTRO - CEP: 55.125-005 - TORITAMA/PE - FONE/FAX: (81) 3741-3957

Reconheço Por Autenticidade a firma de
JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA - 10/04/2019 e dou fé. Em
testemunha Maria do Rosario da Silva Araújo da verdade. Substituta: MARIA DO ROSARIO
DA SILVA ARAUJO - Emol 3,51, TSNR 0,80, FERC 0,40 Total
R\$4,79 Selo: 0076752.OEF03201901:02718/Consulte autenticidade
em www.tpe.ju.br/selodigital



VALIDO SOMENTE COM O Selo de AUTENTICIDADE SEM EMBENAS E/OU ASSINATURAS

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA,

RG nº 9063137, data de expedição 10/05/2002.

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 068.208.274/07, com

domicílio na cidade de TORITAMA, no Estado de

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

RUA INDEPENDENTE, nº 5/4.

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

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

vítima ALEX PEDRO DA SILVA, cujo o condutor era

ALEX PEDRO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA.

Modelo: NXR-150 Bros.

Ano: 2010

Placa: KGD-9839.

Chassi: 9C2KD0510AR026149.

Data do Acidente: 16.12.2018.

Local e Data: TORITAMA (PE),



JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA
Assinatura do Declarante

Alex Pedro da Silva

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



CARTÓRIO ÚNICO TORITAMA-PE
Rua do Comércio, 343 - Centro - Toritama-PE
Área de Moura Jesus
- Tebélia -
Maria do Rosário da Silva Araújo
1ª Substituta
Huiara Maria Cristina da Silva Araújo
2ª Substituta
COMARCA DE TORITAMA

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS TIT. E DOC. E PESS.

Reconheço Por Autenticidade a firma de
JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA 1004/2019 e dou fe. Em
testemunho da verdade. Substituta: MARIA DO ROSÁRIO
DA SILVA ARAÚJO Emol 3,51, TSNR 0,80, FERC 0,40 Total
R\$4,79 Selo: 0076732 OEF0320190102718 Consulte autenticidade
em www.tpe.juiz.mecelodigital

Área de Moura Jesus - Moura do Rosário da Silva Araújo substituta - Huiara Maria Cristina da Silva
RUA DO COMÉRCIO, 343 - CENTRO - CEP: 52.125-000 - TORITAMA/PE - FONE/FAX: (81) 3741-3

CARTÓRIO ÚNICO
Recife

Toritama, 28 de Janeiro de 2019.

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 027/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Para: **ALEX PEDRO DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **ALEX PEDRO DA SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 3497-1, no dia 16/12/2018, foi atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,




Mateus Tavares

Mateus Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Registro:	Hora:	Nome do Paciente:	Sexo:	Data de Entrada:
3497-1	12:34	Alex Pedro da Silva	M	16-02-2018 - 12:34
Idade:	RG:	Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
	7535943			
Data de Nascimento:	Naturalidade:			
31-05-1986				
Endereço:	Número:	Complemento:		
São José				
Cidade:	Bairro:	UF:	CEP:	
Montana	Independente	PE	55125-000	
SUS:	Profissão:			
709708025600590				
Nome da Mãe:	Nome do Pai:			
Maria da Conceição da Silva				
Nome do Responsável:	Telefone:			

Dados da Classificação : (Enfermeiro) Horário: _____

PA: x	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:	SpO ₂ com O ₂ ___ L/min:				
CLASSIFICAÇÃO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL					

Enfermeiro(a)
Assinatura/carimboHDA: Pte. apresenta lesões católicas em calcâneo
durante acidente carro-moto

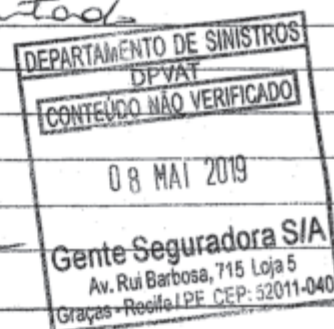
Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP: _____

EXAME GERAL: BEC, acuidade, orientado

NEUROLÓGICO: }
ACV: }
AR: } NDN.

ABDOME:

MEMBROS: lesões católicas



Diagnóstico Provisório: _____

Alergias: () Sim: _____ () Não

Conduta:

1. Voltar a casa com
2. medicação antitétanos
3. limpeza e curativos após feridas

Dr. Maurício Cabral
MÉDICO
CREMEPE 23403 CLÍNICO GERAL
(CRM)



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

TORITAMA

PREFEITURA MUNICIPAL

RECEI

C

Nome: Alex Romão de Silva

Cartão Registro

Declaro, para fins de DPVAT, que
Alex Romão de Silva encontra-se
em recuperação médica em decorrência
desto acidente devido à fratura do
membro superior direito decorrente
do acidente motociclístico ocorrido há
cerca de 6 meses. Presente todo
tratamento diagnóstico e terapêutico
(na consulta de. 15/06) e retorno em
tratamento em tempo todo devido
dificuldade de realizar as atividades
cotidianas e laborativas.

(CONTINUA)

Data: / /

Assinatura

Fassio Tabosa
Ortopedia Traumatologia
CRMPE: 19662

04 JUN. 2019

(CONTINUAR)

Portanto, segue o presente
processo de prestação de serviços
laboratoriais por um período mínimo
de noventa dias a partir da
data da presente intimação.

Valor: R\$ 582.5

Portanto, 04 de Junho de 2019

TASSO LIXOSA
CNPJ 04.000.000/0001-00
04/06/2019

RECEITUÁRIO

NOME: Alex Pormo da Silva

LAUDO MÉDICO

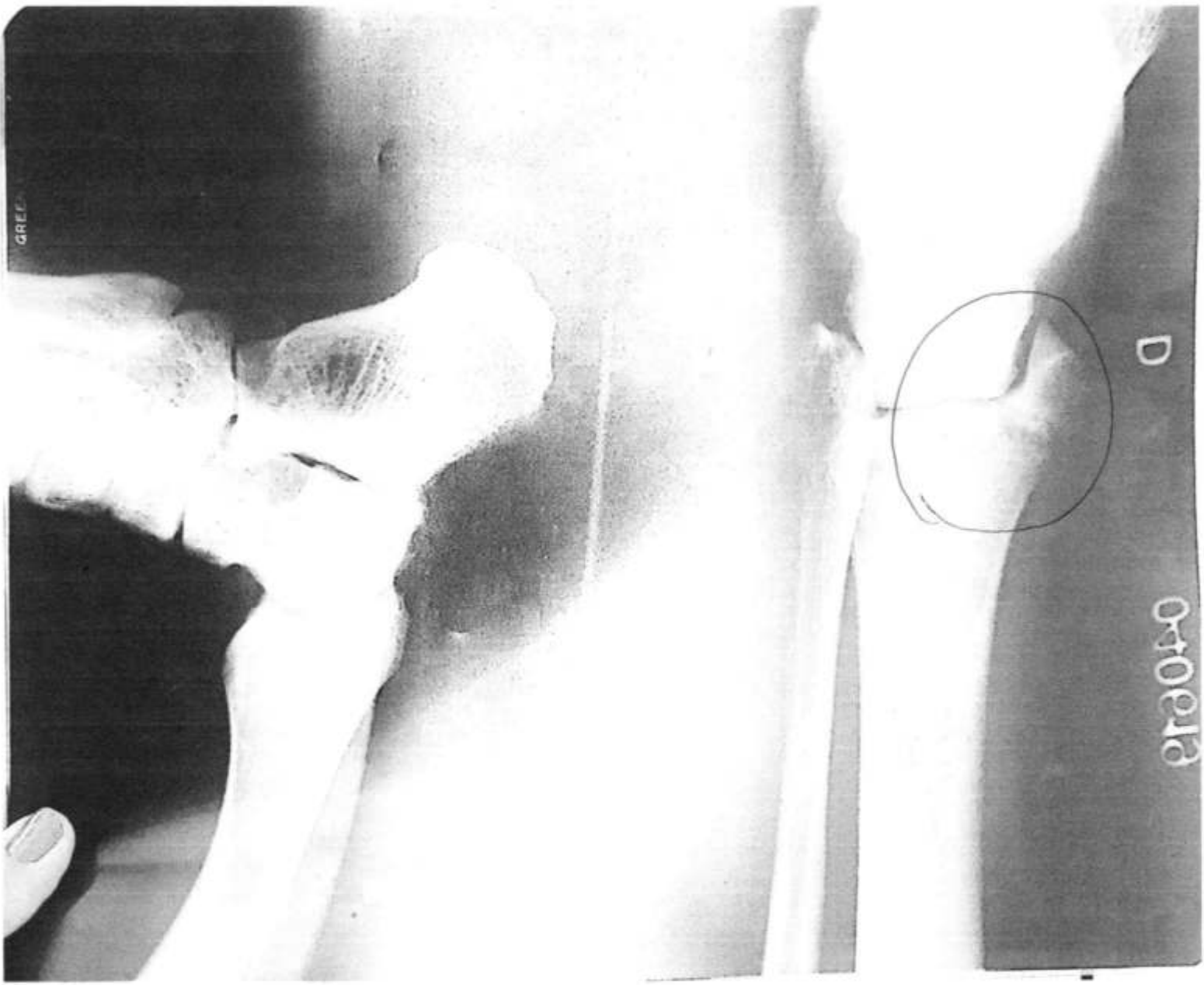
DECLARO, PARA FINS DO DPVAT, QUE
ALEX PORMO DA SILVA ESTÁ EM
COMPANHIA MEU/A EM QUALQUER MOTO
CONDUZINDO A FURTO DO TORNOZEL
DIREITO (MAUO) (INTER) DESEMPENHO
DO ACIDENTE MOTOCICLISTA DEFEITO
EM 16/12/2018. PRICENTE NOTOU COM
MOTOCICLISTA EM FURTO FOU DANFOTO COM
MÉDICO ORTOPEDISTA COM MÍDIO APÓS ANÁLISE
SEMPRE 6 FURTO FOU MOTO. PORTANTO,
CONSIDERANDO APO PARA RETORNO DO
FURTO. CTD-10: 582.6

Tassio Labosa
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 19662

28 JUN. 2019

ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL





11 JUL 2019

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

RECEITUÁRIO

NAME: Alex Ponomarev

6.10.22 Μέγεθος

Declaramos, para fins de DPVAT, que
Alex Romão de Silva Costa, seu
companheiro de vida, em plena consciência
e sem qualquer vício de entendimento
mental (maior de idade) deu entrada
no sinistro motorizado referido
em 16/12/2018. Presente notou com
morte em seu falecimento com
menos de 60 dias após a ocorrência
do sinistro. Não houve nenhuma
culpa do APV para o sinistro
referido. CTD-10: 582.6

Tassi, Labosa
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE, 19662

2/8 SUN. 2019

ASS E CARIMBO DO PROFISSIONAL

Registro: 3497-1	Hora: 12:34	Nome do Paciente: Alex Pedro da Silva	Sexo: M	Data de Entrada: 16-02-2018 - 0:34
Idade:	RG: 7535943	Órgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
Data de Nascimento: 31-05-1986	Naturalidade:			
Endereço: São José	Número:	Complemento:		
Cidade: Aratama	Bairro: Independente	UF: PE	CEP: 55125-000	
SUS: 709708025600590	Profissão:			
Nome da Mãe: Maria da Conceição da Silva	Nome do Pai:			
Nome do Responsável:	Telefone:			

Dados da Classificação : (Enfermeiro) Horário: _____

PA: x	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:	T (°C):
SpO ₂ ambiente:	SpO ₂ com O ₂ ___ L/min:				
CLASSIFICAÇÃO: ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL					

Enfermeiro(a)
Assinatura/carimbo

HDA: Pte. apresente lesões católicas em calcâneo
O durante acidente com moto

Hipertensão: () sim () não // Diabetes: () sim () não // APP: _____

EXAME GERAL: BEC, acordado, orientado

NEUROLÓGICO:

ACV:

AR:

ABDOMEN:

MEMBROS:

NPN.

lesões católicas

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grupos - Recife / PE CEP: 52011-040

Diagnóstico Provisório:

Alergias: () Sim () Não

Conduta:

1. Voltar a casa com
2. medicação antitrombótica
3. limpeza + curativos após feridas

Dr. Maurício Cabral
MÉDICO
CREMEPE 23402 CLÍNICO GERAL
(CRM)

Toritama, 28 de Janeiro de 2019.

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 027/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **ALEX PEDRO DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **ALEX PEDRO DA SILVA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 3497-1, no dia 16/12/2018, foi atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,




Mateus Tavares
Bolsista 287 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde

ESTADO DE PERNAMBUCO 6 01R-4
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURL

7.535.943

DATA DE
EXPIRAÇÃO

07/04/2004

<< ALEX PEDRO DA SILVA >>

MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA >>

LOCALIDADE
TORITAMA

PE

DATA DE NASCIMENTO
31/05/1986

ORIGEM
< CN 7939 L A-7 F 171V CART TORITAMA-PE 01.11.1989 >>

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-11 25075

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.445.574-67

Nome
ALEX PEDRO DA SILVA

Nascimento
31/05/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
29CE.8FF0.CCC8.1CEA

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:17:18 do dia 21/01/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





Companhia Energética da Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50010-922
CNPJ 10.335.512/0001-08 | Ins. Est. 000591-03 | www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Cadei pela Lei 10.438, de 26/04/02

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

EMERGÊNCIA DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.234.444-04
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CENTRO-SUL RUIBIM
SUL RUIBIM PE
55750-000

INSCRIÇÃO FISCAL: 00000000000000000000
Nº DO CLIENTE: 2011189088
Nº DA LEITURA: 3750009
DATA: 04/04/2019

CONTA CONTABILIZADA: 70055429888
DATA: 04/04/2019
VALOR: 155,97

Consumo Ativo (kWh)
Contr. Num. Policia Municipal
ICMS Substituído-CDE-NF 063348881-07/01/18
ICMS Substituído-CDE-NF 048241438-05/02/18

QUANTIDADE: 177,2000000
PREÇO UNIT: 0,77326892
VALOR UNIT: 133,01
21,18
0,81
0,87

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Posterior	Diferença	Consumo	Valor
102914	CAT	08/03/2019	28.326,00	28.326,00	28	1,00000
						172,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

AGR 18	172																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
--------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R-48

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIEL

 POLÍCIA ORIENTA



Alex PEDRO DA SILVA

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.535.943 DATA DE EMISSÃO 07/04/2004

<< ALEX PEDRO DA SILVA >>

<< MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA >>

LOCALIDADE PE DATA DE NASCIMENTO 31/05/1986

ORITAMA

ON 7939 LA-7 P-17 IV CART. TORITAMA-PE 01.11.1989 >>

LE N° 7.116 DE 29/06/92

F-11 25071

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.445.574-67

Nome
ALEX PEDRO DA SILVA

Nascimento
31/05/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
29CE.8FF0.CCC8.1CEA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:17:18 do dia 21/01/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE

Nº 013816378578

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

35293556000

VIA 1 227090454 RNTC *****

NOME/ENDEREÇO
JUNIOR CEARA PEREIRA DA SILVA
RUA S. JOSE 255
INDEPENDENTE
TORITAMA-PE 55125-000

OPERAÇÃO PLACA
068.208.274-07 RQD8839

NOME ANTERIOR
WALLYSSON KLEBER MINZE DA SILVA

PLACA ANT. UF CHASSI
***** 9C2KD0510AR026149

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA ALCO/GASO

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150BROS MIX E3D 2010 2010

CAP. POT./CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2E/149CL PARTIC VERMELHA

20184369 OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA

EM LOCAL SEGURO

LOCAL DATA
TORITAMA-PE 02/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013816376578

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VA 1 227030439 RNTIC *****

NOME/ENDEREÇO
JUNIOR CEZAR PEREIRA DA SILVA
RUA S JOSE 255
INDEPENDENTE
TORITAMA-PE 55125-000

CPF/CNPJ 068.206.274-07 PLACA KGD9839

NOME ANTERIOR
WALLYSSON KLEBER MINZE DA SILVA

PLACA ANT./UE ***** CHASSI 9C2KD0510AR026149

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GA30

MARCA/MODELO HONDA/NXR150BROS MIX ESD ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP/POT/CL 29/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

20184369 OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
SEM LOCAL SEGURO

LOCAL DATA

TORITAMA-PE 02/08/10

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Alex Pedro da SilvaDATA DO ACIDENTE 16/12/2018 CPF DA VÍTIMA 067.445.534-62PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERREIRA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTE

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SOÃO BATISTANº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE SUBURIM UF PE CEP 55350-000E-MAIL afseguros1994@yahoo.com.br TELEFONE (81) 9665-0454DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() BOLETIM DE OCORRÊNCIA DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

() ATENDIMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 309200885010e

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190312430 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DE PÉ DIREITO. (P2)
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

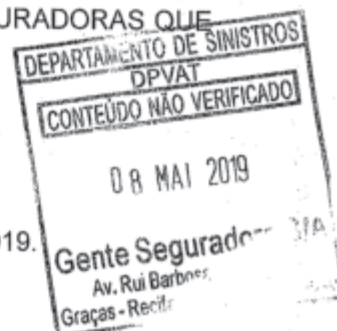
NOME: ALEX PEDRO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 7.535.943 SDS/PE CPF: 067.445.574-67
DATA DO ACIDENTE: 16/12/2018
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: ALEX PEDRO DA SILVA
ENDEREÇO: RUA SÃO JOSE, 255, PLANALTO, TORITAMA-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
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.

TORITAMA-PE 31 DE JANEIRO 2019.



Alex Pedro da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO
PESSOAS NATURAIS E ACÚCAR
DISTRITO DE SÃO JOÃO DO NORTE
DISTRITO DE SÃO JOÃO DO NORTE
Belo Monte
Ofício

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154167/19

Vítima: ALEX PEDRO DA SILVA

CPF: 067.445.574-67

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ALEX PEDRO DA SILVA : 067.445.574-67

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019
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-0091216/20

Vítima: ALEX PEDRO DA SILVA

CPF: 067.445.574-67

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

ALEX PEDRO DA SILVA : 067.445.574-67

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 12/03/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos