



Pernambuco



DECLARAÇÃO

Recife, 07 de Maio de 2019

Declaramos para os devidos fins que o Sr. Cosme José de Souza, Prontuário Médico nº1083465, esteve internado na Clínica de Traumato/Ortopedia nesta Unidade de Saúde, admitido no dia 30/03/19 às 17h37min. Recebeu alta hospitalar em 10/04/19.

Cordialmente,

AIRPORTA LORCA P. de MELO
SAME - ARAGUA
Mai., 232.7D1-0
HOSP. OTAVIO DE FREITAS - PE

As informações contidas neste documento foram transcritas do Sistema de Admissão de Pacientes – SOULMV, não do Médico Assistente e sim do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento/internamento hospitalar para:
INSS,EMPRESAS,ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,CONTINUIDADE DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

Rua Aprígio Guimarães, S/N – Sancho - Recife - PE CEP 50.920-640
Fone: 81 - 3182 - 8598



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

COSME JOSE DE SOUZA

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1083465

7- (CNS)

706708547510912

8- DATA DE NASCIMENTO

27/09/1967

9- SEXO

MASCULINO

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

MARINETE ALVES DE LIMA

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 88889710 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA QUATRO DE OUTUBRO , N.º 32 - : BAIRRO: CAVALEIRO - CIDADE: JABOATAO DOS GUARARAPES - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

RX = FRATURA EXPOSTA OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX

20- DIAGNOSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL

21- CID 10 SECUNDARIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLINICA

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

27- CARATER DA INTERNACAO

URGENCIA E EMERGENCIA

29- CPF OU CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM: Nº.27896

02314254309

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

30/03/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41 - CBDR

35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD ORGÃO EMISSOR

46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AUTORIZAÇÃO

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
AUTORIZADOR

Atendimento: 3315963

Dt Atendimento: 30/03/2019 - 20:19

Dt Alta: 10/04/2019 - 09:57

Paciente: 1083465 COSME JOSE DE SOUZA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 122 TRAU 05-01 - POSTO 1

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: EDINEIDETSE

Diretor Clínico:

CIP-

Procedimento de Alta

- Procedimento não informado

Observação de Alta



** SES/FUSAM **
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Carmen Ferri de Souza
Reg.: 1083465 Enf.: 05 Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 30/03/19 DATA DE SAÍDA: 10/04/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fx em Pmto/ Igu. Víndia
muscula E.

DIAGNÓSTICO FINAL: O luxamq

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): Pct urubundido à
laringo e laryngoplastia da Fx e RAFI em
2º tempo cirúrgico (melo e T + dia
E). Recidivante si intraconvênio.

DEVERÁ COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO DE: Ortop - mõe

PARA CONTROLE EM 21/04/19

Lis Coelho Fortes
Unidade Traumatologia
CRM: 27890
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

105-HGOF



SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado José Henrique Souza —

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 30 (trinta) dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Festuca oropharyngeal

d) Tratamento

RAFI + aplica cui t p/ gravidez (vitamina)

Deverá retomar ao Ambulatório de: Ortopedia - MDD
Com 21 dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

WDF
HOSPITAL/AMBULATÓRIO

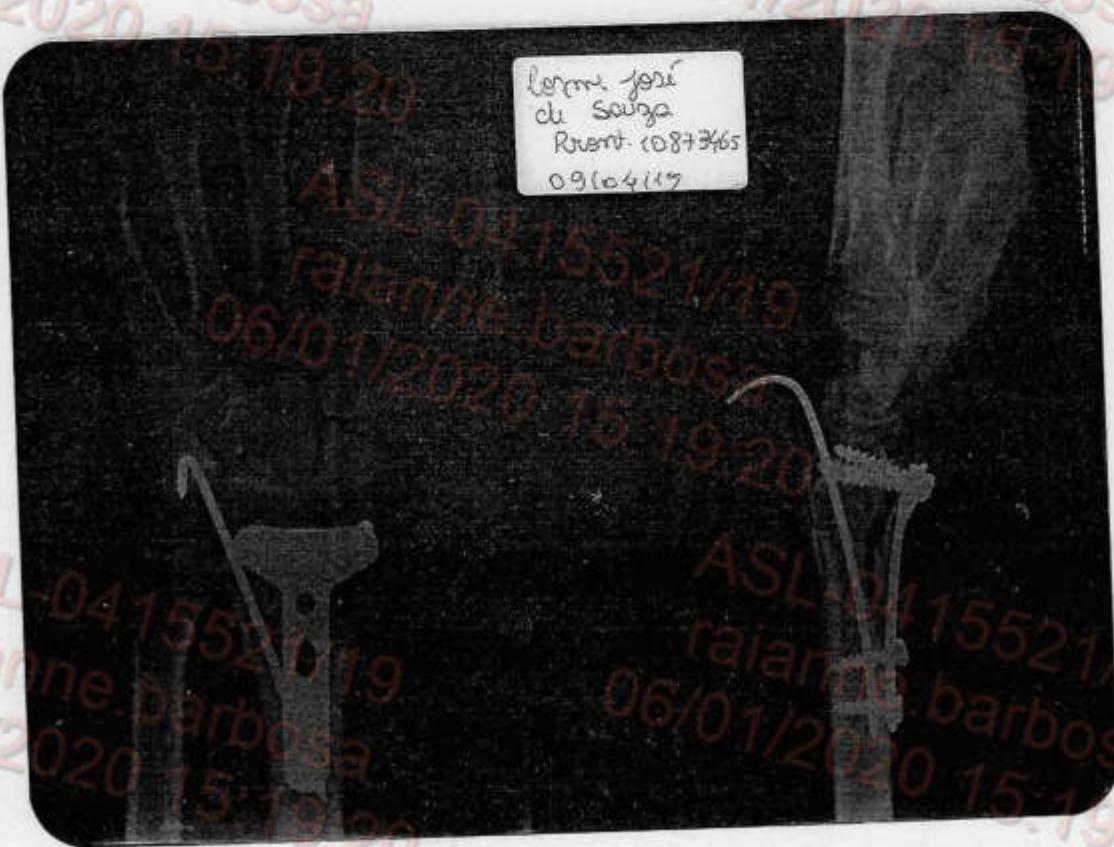
REC 30 30104139
LOCALIDADE/DATA

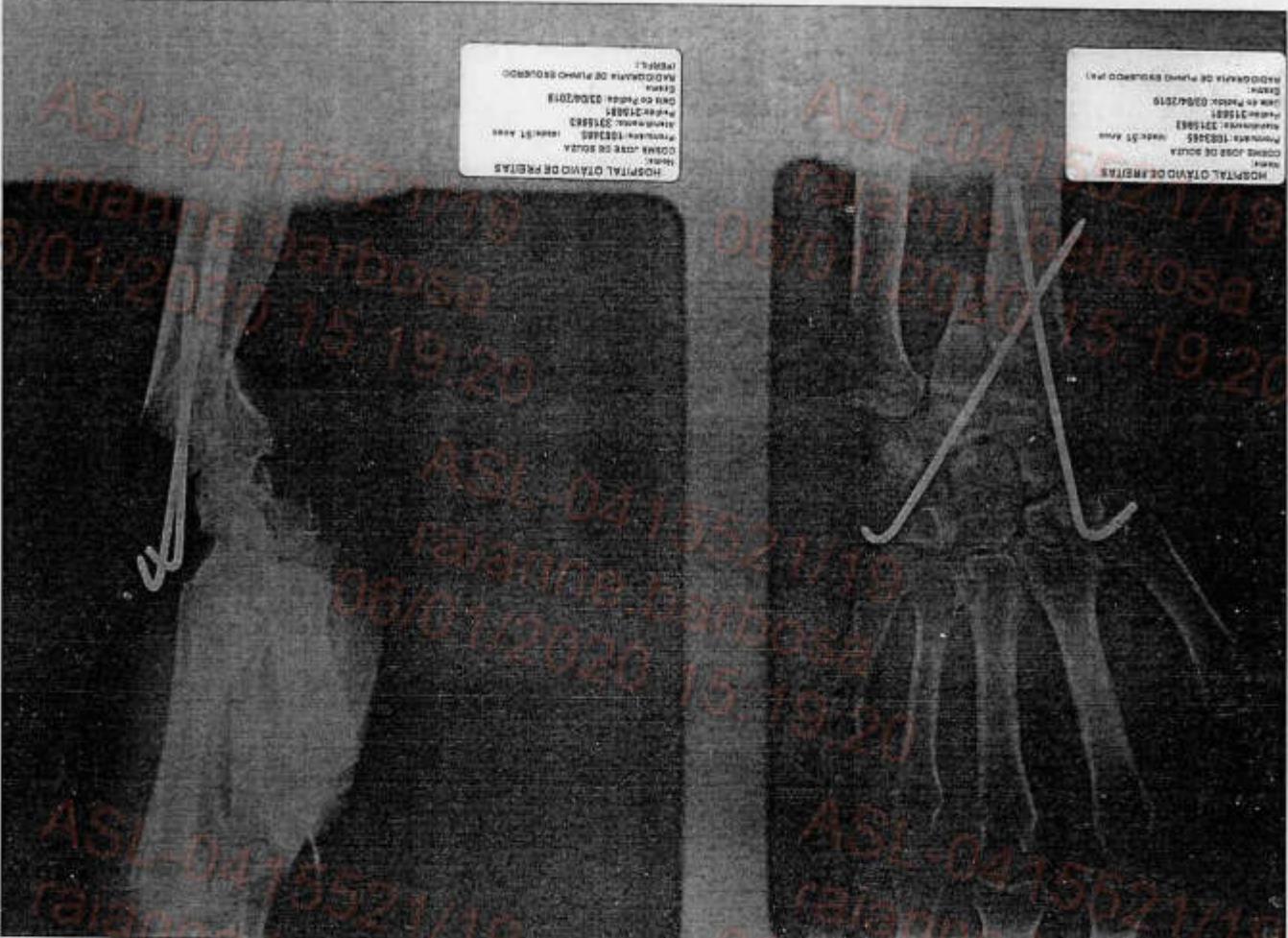
ATESTO AINDA QUE O PACIENTE FOI
ADMITIDO NO SETOR DE NE

Ass. do Médico - CRM N.º 115-000000000000
Neto Fortes
Jurucena e Lian Endocrinologia
CRM-PE 27890

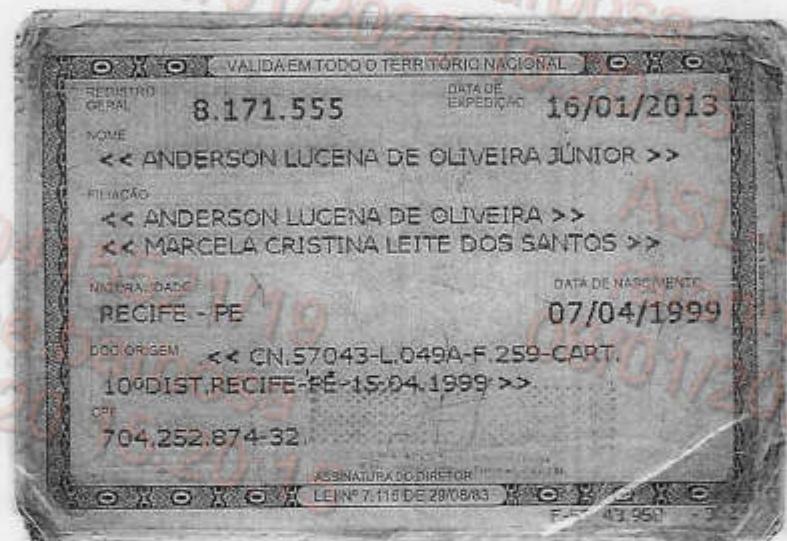
NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 50.501 DE 14-03-87 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF









ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:20:15

ASL-0415521/19
raianne.barbosa
06/01/2020 15:20:15

MINISTÉRIO DAS FORTES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU RODA-SUA-CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS JUNTO AO SEGURO DPVAT

Nº 014484854151

PE Nº 014484854151 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COSME JOSE DE SOUZA

DATA EMISSÃO
05/05/19

VIA
CONHECIMENTO
NOME
COSME JOSE DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

JAB GUARARA-PE	0	PLACA	PG 36769
477-064-054-15	DIAS/USO	ALCO/GAB 3/	PG 36769
PLACA ANTIGA / ***** /PZ	DATA FAB.	ANO FAB.	05/19
HONDA / NX150 BRO 3 E3	DATA MOL.	ANO MOL.	05/19
CAP / POT / GIL 2 P / 149,5 L	CATEGORIA	COR PRIMARIA	VERDE
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	1º * * * * * + + + + +
I - IPVA 2019	QUITADO	2º * * * * * + + + + +	3º * * * * * + + + + +
P - FAIXA IPVA	PAUTAMENTO / COTAS	FNS (R\$)	40,00
V - FAIXA IPVA	***** / ***** / *****	05,05	05,05
A - 1		CUSTO DO BILHETE (R\$)	04,15
PRÉMIO (TARIFADO) (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	08/04/19
00,11	0,32	0,32	0,32
OBSERVAÇÕES			
A - FILI - BANCO HONDA SA			
JAB GUARARA-PE	DATA	08/05/19	
PRODUTO FAZENDA MOTOS FORTALEZA			
DESTACAR E GUARDE O BILHETE DPVAT			
ESTA NÃO É UMA POLÍCIA DE VIDA			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09248.8001.001-04			
05/05/19			
ESTA NÃO É UMA POLÍCIA DE VIDA			

IDENTIFICAÇÃO
VÍTIMA *Ismael Souza da Silva*

DATA DO ACIDENTE

 CPF DA VÍTIMA _____
 () CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ CÓDIGO COMPLEMENTO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ Bairro _____ Telefone () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES 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)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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

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

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. 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.

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)

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

ASSINATURA _____

ASSINATURA _____

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



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000530 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). COSME JOSE DE SOUZA, 51 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 2937025 SSP PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 477.064.064-15, residente à RUA 4 DE OUTUBRO, nº 32, , CAVALEIRO, JABOATAO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/03/2019, por volta das 17:01 hs, no endereço: AV. DR. JOSE RUFINO, S/N, BARRO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA VERDE PGS6769-PE ; AUTOMOVEL AUDI CINZA PCH7523-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) COSME JOSE DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 477.064.064-15 e Registro Geral nº 2937025, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798259-3 GAUDENCIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1083465. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 03/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000530

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:Nome: *Cosme José de Souza*Nacionalidade: *brasileira* Est. Civil: *sóteiro*Profissão: *chaveiro*Identidade: *2 937 025* CPF: *477.064.064-15*Endereço: *Rua Quatro de Outubro nº 32 Cavaleiro*Cobertura: *Invalidez* Data do Acidente: *30/03/2019***PROCURADOR:**Nome: *ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR*Nacionalidade: *BRASILEIRA* Est.Civil: *SOLTEIRO*Profissão: *AUX. ADMINISTRATIVO*Identidade: *8.171.555 SDS/PE* CPF: *704.252.874-32*Endereço: *RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE*

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

Recife 21-11-2019
Local e data

*Cosme José de Souza*

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DE AFAGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais-Casamentos e Núcas - Rua São Miguel, 118 - Fone: 3426-1357
www.cartorioafogados.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
COSME JOSE DE SOUZA

que consta e/ o padrão reg. neste Cartório, Deu fô.
Recife, 21 de novembro de 2019 - 14:47:15.

Em testemunha: *Edilson Silva Braga (Fazendista Autorizado)*

E-mail: edilson.silva@fazenda.mt.gov.br Termo de Fazenda TURMEGRALOR ISS R\$ 0,20 Total R\$ 4,50
Sel. N.º 0077503.FRK10201901.04905

Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/seledigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005238/20

Vítima: COSME JOSE DE SOUZA

CPF: 477.064.064-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/03/2019

Titular do CPF: COSME JOSE DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

COSME JOSE DE SOUZA : 477.064.064-15

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: 06/01/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

3 - CPF da vítima: 477.064.064-15

4 - Nome completo da vítima: *Cosme José de Souza*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Cosme José de Souza* 6 - CPF: 477.064.064-15

7 - Profissão: *charreteiro* 8 - Endereço: *Rua quatro de outubro* 9 - Número: 32 10 - Complemento: -

11 - Bairro: *avalirio* 12 - Cidade: *Salvatão* 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51210-320

15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): (81) 9801-5010

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **3208** CONTA: **9933243** (Informar o dígito se existir) 6 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro [valnascer]: Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Ribeirão, 22 de novembro de 2019.*

x Cosme José de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC
DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0102001557

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/05/2019** às **09:30**

Complementa o BO Número: **19E0102001233**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **30/3/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR JOSÉ RUFINO, 1** - Bairro: **BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
COSME JOSE DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **COSME JOSE DE SOUZA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

COSME JOSE DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINETE ALVES DE LIMA** Data de Nascimento: **27/9/1967** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA QUATRO DE OUTUBRO, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAVALEIRO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **COSME JOSE DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **COSME JOSE DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGS6769** (PERNAMBUCO/JABOATAO DOS GUARARAPES) Renavam: **592116441** Chassi: **9C2KD0550DR377994**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MODELO NXR 150 BROS ES**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/AUDI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **CINZA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH7523 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

REALTA A VITIMA QUE ESTAVA DIRIGINDO SUA MOTOCICLETA DE PLACA PGS-6769, QUANDO O VEICULO AUDI ACIMA DESCrito SAIU DE UMA TRANSVERSAL E AO ENTRAR NA AV. JOSE RUFINO ATINGIU SUA MOTOCICLETA JOGANDO-A AO SOLO. SEGUNDO O QUEIXOSO, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO GBAPH LQUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO.

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

Cosme Jose de Souza
**COSME JOSE DE SOUZA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **NAIR VASCONI LUNA** - Matrícula: **350469-7**



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUINTAÇAO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ª CIRC DIM/4ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19EO102001233

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/04/2019 às 11:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 31/3/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA DOUTOR JOSÉ RUFINO,
BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
COSME JOSE DE SOUZA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a); DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a); COSME JOSE DE SOUZA**

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

COSME JOSE DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês. MARINETE ALVES DE LIMA Data de Nascimento: 27/9/1967 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: RUA QUATRO DE OUTUBRO, 32 - CEP: 59000-000 - Bairro: CAVALERO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (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): COSME JOSE DE SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): COSME JOSE DE SOUZA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO CON VERDE - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PG56769 (PERNAMBUCO/JABOATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: 592116444 Chassi: SC2KD8550DR377354

Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: MODELO MXR 150 EROS ES

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/AUDI/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PCH7523 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

REALTA A VITIMA QUE ESTAVA DIRIGINDO SUA MOTOCICLETA DE PLACA PGH-8768, QUANDO O VEICULO AUDI ACIMA DESCrito SAIU DE UMA TRANSVERSAL E AO ENTRAR NA AV. JOSE RUFINO ATINGIU SUA MOTOCICLETA JOGANDO-A AO SOLO. SEGUNDO O QUEIMOSO, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO CBAPH IQUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO.

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

Gosme José de Souza
GOSME JOSE DE SOUZA
(VITIMA)

S.O. registrado por: WELLINGTON GILENO DE NOVAES - Matrícula: 221147-5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

3 - CPF da vítima:
477.064.064-15

4 - Nome completo da vítima:
Eosme José de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Eosme José de Souza 6 - CPF: 477.064.064-15

7 - Profissão: chavheiro 8 - Endereço: Rua quatro de outubro 9 - Número: 32 10 - Complemento: -

11 - Bairro: Cavalinho 12 - Cidade: Salvatão 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51210-320

15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): (81) 9801-5010

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3208 CONTA: 9933243 6 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro [valnascer]: Sim Não 31 - Vítima teve irmãos?: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Ribeirão Preto, 22 de novembro de 2019.
x Eosme José de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



0093726



COSME JOSE DE SOUZA
R QUATRO DE OUTUBRO 32
54210-320 JABOATAO DOS GU - PE

PC-00

021119

Titular **COSME JOSE DE SOUZA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.0205**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

15/11/2019

A) pagamento total

1.221,44

B) pagamento mínimo

189,66

C) parcelas fixas

109,68
+23x 109,68

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Límites de crédito R\$

Limite total de crédito	3.530,00
Limite utilizado no mês	1.221,44
Retirada de recursos País(saque)	170,00

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
15/10	- 430,00
15/10	- 480,88
15/10	- 400,00
Total dos pagamentos	- 1.310,88

Veja outras opções na 2. folha

Lançamentos: compras e saques

COSME JOSE DE SOUZA (final 0205)	DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
	20/03	MAGAZINE LUIZA COM	211,10
	08/09	FRANCA	
	20/03	CARREFOUR COM	88,90
	08/09	EMBU	
	18/04	AMERICANAS COM	49,25
	07/08	RIO DE JANEIR	
	04/06	MercPag+MERCADOLIV	133,20
	05/06	OSASCO	

Continua...



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75348 80660.012040 00173.090002 2 000
Número do Documento 00134806600/0122370
Nome do Pagador/CNPJ/CNPJ COSME JOSE DE SOUZA - 477.064.064-15

recibo do pagador
Nosso Número 175/34806600-1
Valor do Documento R\$ 1.221,44



MARIO

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOI

FATURA DE
JUL/2019
CÓDIGO MINHA OI
401737543654

VENCIMENTO
02/08/2019
Emissão em 15/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
184,18



CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE



7200039896 00000 000000000000 10 150719

PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

119,85

OI MÓVEL

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS
CPF: 089.787.854-01
NÚMERO DO CLIENTE: 2210754413
NÚMERO DA FATURA: 219159434
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 Anderson Luizena de Oliveira Júnior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.252.874 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Lorme Jose de Souza inscrito (a) no CPF sob o N° 477.064.064 / 15,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Lorme Jose de Souza

inscrito (a) no CPF sob o N° 477.064.064 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	Rua Dr Adelino Filho	Número:	408	Complemento:
Bairro:	Bostoneia	Cidade:	Recife	Estado: PE CEP:
E-mail:	-			Tel.(DDD): (81) 9 8529-6651

Local e Data: Recife, 22 de novembro de 2019.

Anderson Luizena de Oliveira Júnior

Assinatura do Declarante