

Yours Truly, As Always, Thomas C. Smith

www.elsevier.com/locate/jmb

Av. João de Barros, 771, 8to. Andar, Saúde, Pernambuco - CEP 53000-022
 (51) 3216-1000 | Fax: (51) 3216-1001 | e-mail: R&D@cooper.com.br | www.cooper.com.br

DADOS DO CLIENTE

WELLINGTON L. APULIDA SILVA MACEDO

ENCARGADO DA UNIDADE CORRELADORA

CO TERRA JOSE AGUIAR 101-08-B

OFF. 505-374-4346-27

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
SANTANA

000015201	UNCA	30152211
000015202	UNCA	30152212
001402017	201331000	5402017

NOTICE TO THE PUBLIC

	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Computador/Notebook	200.000000	0,70148039	140.296,08
Atividade Banda AMPLIA			6,01
Atividade Internet/STRAEUA			13,56
Contribuição Formação Pública			63,39
ICMS Subvenção COD-6F 00000040-00001			-1,50
Multa por atraso NF 00000040-00001			-1,70
Juros em atraso NF 00000040-00001			1,00
Atividade FICHA NF 00000040-00001			0,90

TOTAL DATA (USA)

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

Nº DO PROCESSO	NOME DA PÚBLICA	ANTERIORE		ATUAL		Nº DO DIÁRIO	SIGNATURE	ASSINTE	COMANDO (RUBR)
		PAGA	LEITURA	PAGA	LEITURA				
012.0000	CAT	20-06-2017	10-01-18	20-02-2017	12-02-18	55	10000		2000

Kategorie		Kategorie		Kategorie	
Wert	Prozent	Wert	Prozent	Wert	Prozent
1000000	100%	1000000	100%	1000000	100%
500000	50%	500000	50%	500000	50%
250000	25%	250000	25%	250000	25%
125000	12.5%	125000	12.5%	125000	12.5%
62500	6.25%	62500	6.25%	62500	6.25%
31250	3.125%	31250	3.125%	31250	3.125%
15625	1.5625%	15625	1.5625%	15625	1.5625%
7812	0.78125%	7812	0.78125%	7812	0.78125%
3906	0.390625%	3906	0.390625%	3906	0.390625%
1953	0.1953125%	1953	0.1953125%	1953	0.1953125%
976	0.09765625%	976	0.09765625%	976	0.09765625%
488	0.048828125%	488	0.048828125%	488	0.048828125%
244	0.0244140625%	244	0.0244140625%	244	0.0244140625%
122	0.01220703125%	122	0.01220703125%	122	0.01220703125%
61	0.006103515625%	61	0.006103515625%	61	0.006103515625%
30	0.0030517578125%	30	0.0030517578125%	30	0.0030517578125%
15	0.00152587890625%	15	0.00152587890625%	15	0.00152587890625%
7	0.000762939453125%	7	0.000762939453125%	7	0.000762939453125%
3	0.0003814697265625%	3	0.0003814697265625%	3	0.0003814697265625%
1	0.00019073486328125%	1	0.00019073486328125%	1	0.00019073486328125%

100% FRESHNESS GUARANTEED

Se trata de un medicamento que se utiliza para tratar la hipertensión arterial. Se trata de un medicamento que se utiliza para tratar la hipertensión arterial.

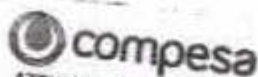
Year	Revenue	Cost	Profit	Margin
2010	100.00	60.00	40.00	40.00%
2011	110.00	65.00	45.00	40.91%
2012	120.00	70.00	50.00	41.67%
2013	130.00	75.00	55.00	42.31%
2014	140.00	80.00	60.00	42.86%
2015	150.00	85.00	65.00	43.33%
2016	160.00	90.00	70.00	43.75%
2017	170.00	95.00	75.00	44.12%
2018	180.00	100.00	80.00	44.44%
2019	190.00	105.00	85.00	44.74%
2020	200.00	110.00	90.00	45.00%

05.802.494/0001-42
TRAÇÃO CORRETOKA
DE EQUIPAMENTOS LTDA.

26 MAR 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

95007-75



CNPJ 08.760.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - N.º 181 - 08069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE
GENIVAL ALVES ALMEIDA
R JOSE PEDRO DA SILVA, N. 08081 - CENTRO CACHOEIRINHA PE 55380
-000
INSCRIÇÃO: 031.830.550.0049.340 GRUPO: 2 DEB. AUTOMÁTICO: 004698851

MATRÍCULA: 4636851 06/2/2017

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	COMUNIDADE DE RESIDÊNCIAS RESIDENCIAL RESIDUAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A11063160	DATA LEIT. ANTERIOR 24/11/2017	DATA LEIT. ATUAL 23/12/2017	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 571
LEIT ATU: 580
LEIT FAT: 580

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

11/2017 02
10/2017 09
09/2017 08
08/2017 12
07/2017 08
06/2017 07
MÉDIA: 08

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	38	38	37
COR APARENTE	38	38	29
CLORO RESIDUAL	38	38	38
COLIF. TOTAIS	38	38	38
E. COLI	38	38	38

Obs.: (1) COLIFÓRMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFÓRMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 11/2017

CONSUMO	TOTAL (R\$)
9,18	40,18
	0,83

PRE CONSUMO	40,18	1,05	0,88
	40,18	7,60	3,65

VENCIMENTO: 25/01/2018

MENSAGEM:

TOTAL A PAGAR: 41,01

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETOA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, 111 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECASWEB/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 Gemival Alves de Almeida inscrito (a) no CPF/CNPJ 983.756.904 / 50 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Vanderley da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.274.244 / 03 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Jose Vanderley da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.274.244 / 03 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Jose Pedro da Silva</u>		Número	<u>81</u>	Complemento	<u>End</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Cachoeirinha</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>9928-6730</u>	Telefone celular (DDD)	<u>7909-9238</u>

Cachoeirinha, 05 de março de 2018
Local e Data

Gemival Alves de Almeida
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 56.060-010
RECIFE-PE

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria Valderleia da Silva

RG: 7459801, data de expedição 30/11/2014

Órgão SASPE, portador do CPF 077.177.224.64, com

domicílio na cidade de Cachoeirinha, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Rua José Rubens Baumann, nº 18,

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 Jose Valderleia da Silva,

cujo o conduto era Maria Valderleia da Silva

Veículo: moto

Modelo: Honda Biz 125 cor prata

Ano: 2016 2016

Placa: PEJ 8939

Chassi: 9E2-JE-4830 GR 2130 27

Data do Acidente: 16-07-2017

Local e data do cartório: Cachoeirinha

Maria Valderleia da Silva

Assinatura do Declarante

Maria Valderleia da Silva

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA
Tabela: VERA LÚCIA VALENÇA MELO E SILVA / Substituto: DINA LUCIA SMIDES VALENÇA DE MORAES
R. São Vicente, 150 - Centro - CEP 50000-000 - Cachoeirinha - PE (081) 3333-1111 - Fone: (081) 3333-1111

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARIA VALDERLEIA DA
SILVA dou fé, Em testemunho de verdade, Cachoeirinha, 01/02/2018
15:06:36, Selo(s) 0076455, CIB010201702, 00877, Consulte autenticidade
em: www.tjpe.jus.br/selodigital. E-mail: pe@tjpe.jus.br - Fone: 3139 - 1041 R\$ 0,80 -
FENCI R\$ 0,40
vera Lucia Valença Melo e Silva - Tabelião

22/02/18

DOCUMENTO
ORIGINAL

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE VANDERLEY DA SILVA
 Data Nasc.: 21/02/1980 Idade: 37 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 704805562405849
 Endereço: TRAV VALERIANO ALVES Nº: 27
 Bairro: CENTRO Cidade: CACHOEIRINHA Estado: PE
 CEP: 55380000 Fone: 79099238 Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL
 Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ODONTOLOGIA C. TRAUM B.M.F

2 - ATENDIMENTO Data: 16/07/2017 21:09 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vítima de acidente automobilístico, chega ao pronto-socorro de carro com lesões diversas, sangramento de boca e nariz, sinais de fraturas. Alcoolizado.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Observa-se paciente em agitação, com lesões múltiplas no tórax e abdômen, com hematomas e edemas. Odontologia: fratura de maxila superior, sem sinais de fratura de mandíbula.

Diag. Provisorio:

Fratura de maxila superior

16.07.17
 1. D. Anestesia
 2. Sutura de lacerações
 3. Sutura de lacerações
 4. Sutura de lacerações
 5. Sutura de lacerações
 6. Sutura de lacerações

Prescrição:

Dieta:

Data:

Horário

1. Rinsulicor 100mg
 2. Rinsulicor 100mg
 3. Rinsulicor 100mg
 4. Rinsulicor 100mg
 5. Rinsulicor 100mg
 6. Rinsulicor 100mg

1. Rinsulicor 100mg
 2. Rinsulicor 100mg
 3. Rinsulicor 100mg
 4. Rinsulicor 100mg
 5. Rinsulicor 100mg
 6. Rinsulicor 100mg

05.802.494/0001-47
 TRAFEGO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

26 MAR 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL-C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde

Nome: Dr. Vanderley Silva, 57 anos

Av. Brasil 100 - 400510
de São Paulo - 5213905

Un. Farmácia de base (Farmácia A),
Clonazepam 15

sem receita e controle de aptidão.

Dr. Thiago Lima
Médico
CREMEPE 18477

12/02/12

Data

Médico

Página: 1 / 1
do por: ANTONIOH
Em: 16/07/2017 21:37

Control: 65340

21/02/1980 (37a Anos)

Sexo: MASCULINO

Entrega

16/07/2017

16/07/2017

16/07/2017

Paciente

Descrição	Quant.	Apresentação	Dosagem

1/1

Data

Assinatura do Médico

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETONA
DE EQUIPES LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE

05/07/17



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
CACHOEIRINHA - PERNAMBUCO
PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA



PACIENTE	Nome	José Vanderley Silva		Data	16/07/2013	
	Sexo	Masculino	Idade	37 anos	Cor	Parda
	Naturalidade		Cachoeirinha			
RESPONSÁVEL	Endereço	Rua Valério Silva Couto		Data de Nascimento	01/02/1980	
	Procedência		Cachoeirinha			
	Pessoa de quem depende		Mãe		Parentesco	
OCORRÊNCIA	Endereço					
	Trazido por					
	Endereço		Fone			
OCORRÊNCIA	Local do Acidente		Data		Hora	
	Natureza	<input type="checkbox"/> Casual	<input checked="" type="checkbox"/> Acid. no Trânsito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio		
	Do	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas		
	Acidente	<input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/>		

RECEPCIONISTA

ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO
	Pressão Arterial	MX	MN	
	Pulso	BPM		
	Temperatura	°C		Peso
	Queixa Principal e HDA	Dor no peito		
	Frc. do Cor. Dico Maxilo			
	HDA			
	Exame Físico			
	Hipótese Diagnóstica	Dr. Thiago Lima		
		Médico CREMEPE 18477		

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

25 MAR 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 602 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

[illegible]

<input type="checkbox"/>	Paciente	<input type="checkbox"/>	Familiar
--------------------------	----------	--------------------------	----------

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____
Data: ____/____/____ Tel.: _____

Assinatura _____

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ () Paciente () Familiar
Endereço: _____ RG: _____
Procedimento: _____ Tel.: _____

Assinatura

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadido-se ☐ Termo de Alta a Pedido
☐ Transferência: _____ ☐ Internamento

Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito ☐

Data: 17/07/13 Hora: 05:00 Medico:

6/20/17 9:10:15 PM
2/18/2

05.202.494/0001-4 CRM
Trabalho de Correio
Usuário de Atendimento
ROSANGELA SSB
26 MAR. 2015

Rua da Aurora, 114 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO PARANENSE DE IDENTIFICAÇÃO

03.2.47



Jose Vanderley da Silva

CARTELA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5775911

DATA DE EMISSÃO 22.10.1996

JOSE VANDERLEY DA SILVA

FILIAÇÃO José Vicente da Silva Filho
Maria de Lourdes da Silva

DATA DE NASCIMENTO 21.02.1960

Cachoeirinha-PR

C.N. 8050.L.07.F.248, Cart. Cachoeirinha-PR

Jose Vanderley da Silva

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO PARANENSE DE IDENTIFICAÇÃO

Jose Vanderley da Silva

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOSE VANDERLEY DA SILVA

Nº de inscrição 033274244-03

Data de nascimento 21/02/60



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido em todo o território nacional, nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura *Jose Vanderley da Silva*

JOSE VANDERLEY DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

05.802.494/0001-49 : 31/10/97

TRAÇÃO CORRETORA DE EQUIPES ITDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

07/07/2018



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

script 34

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136498 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136498

Cidade: Cachoeirinha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA

Data do acidente: 16/07/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do complexo zigomático esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima se queixa de cefaleia, episódios de epistaxe, obstrução nasal, tontura e anestesia em hemiface esquerda (superior). Ao exame, apresenta cicatriz na hemiface esquerda.

Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos. Recebeu alta definitiva.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante José Vanderley da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 5.775.933 expedido por SSP PE
22.10.1996 inscrito no CPF sob o nº 033.274.944-03 residente na
Rua Teixeira José Agripino nº 101 CSB
complemento Casa Bairro Latamundo José Agripino
Cachoeirinha Estado PE
2. Outorgado Genival Alves de Almeida
portador(a) do documento de identidade nº 6.257.060 expedido por SSP PE em
07.11.98 inscrito no CPF sob o nº 983.756.464-90 residente em
Rua José Pedro da Silva nº 81
complemento Casa Bairro Centro cidade
Cachoeirinha Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Cachoeirinha, 09 de fevereiro de 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Rua Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE
TAMARA VERA LÚCIA VALENÇA MELLO E SILVA / Secretária, DRA. LUCIA RIBEIRO VALENÇA DE MELLO FREIRE
R. São Valério de São, 105 - Centro - CEP 50.060-000 - Fone: (51) 3211-7000 - E-mail: cartorio@cartoriope.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSÉ VANDERLEY DA SILVA dos 76. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 09/02/2018
09:49:10. Selo(s) 0076853.E3716204702.01312. Consulte autenticidade em: www.tjpes.br/seledigital. Emissão: R\$ 3,39 - TPA: R\$ 0,80 - FEE: R\$ 0,40

Tamara Lúcia Valença Melo e Silva - Tabelião

[Assinatura]

VALIDO SOMENTE COM O SELLO
DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

DOCUMENTO ORIGINAL

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE VANDERLEY DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180136498**

Vitima: **JOSE VANDERLEY DA SILVA**

Data do Acidente: **16/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180136498**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12579399



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE VANDERLEY DA SILVA

Sinistro: 3180136498
Vítima: JOSE VANDERLEY DA SILVA
Data do Acidente: 16/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180136498** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

033.274.244 03

Nome completo da vítima

José Vanderley do Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	José Vanderley do Silva	CPF titular da conta	033.274.244 03	Profissão	Recebeiro
Endereço	Rua José Aguiar	Número	401 CSB	Complemento	Casa
Bairro	José Aguiar	Estado	PE	CNPJ	65380000
Cidade	Cachoeirinha	Telefone (DDD)			(081) 9 7909 9238
Email					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (901) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NÚMERO 6991 DV 166 BV P
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome
NÚMERO
AGÊNCIA
NÚMERO DV DV
(Informar dígito se existir)

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

Cachoeirinha 05 de março de 2018

Local e Data

05.502.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURO DPVAT

25 MAR. 2018

Rua da Aurora, 111 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010

X José Vanderley do Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRANESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.054037

JOSE VANDERLEY DA SILVA 07:54 HRS
AGENCIA 6991 CONTA 0000166-P 02/FEV/2018

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0199000056

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/01/2018** às
11:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **16/7/2017** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **RUA MANOEL LEITE** - Bairro: **CENTRO** -
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO**
AO BAR DE DEG
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
MARIA VALDERLEIA DA SILVA (NOTICIANTE)
JOSE VANDERLEY DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE VANDERLEY DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
DE LOURDES DA SILVA Pai: JOSE VICENTE DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 24/2/1988
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 191, LOT. JOSE AGRIPINO - CEP:**
55000-000 - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL DE SEGUROS LTDA

MARIA VALDERLEIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
DA LOURDES DA SILVA Pai: JOSE VICENTE DA SILVA FILHO Data de Nascimento:
12/6/1981 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CACHOEIRINHA, 1, RUA RUBENS PEDRO**
RAIMUNDO, LOT. JOSE AGRIPINO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA VALDERLEIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARIA VALDERLEIA DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/SIX125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCJ2535** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **5C2JC4838GR213027**
 Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, A SRA. MARIA VALDERLEIA, NOTICIANDO QUE ESTAVA GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA, QUE SEU IRMAO JOSE VANDERLEY VINHA NA GARUPA DA MESMA, QUANDO A MESMA AO PASSAR EM UMA LOMBADA NÃO SINALIZADA PERDEU O CONTROLE DA MESMA E AMBOS FORAM AO SOLO, SENDO QUE MARIA VALDERLEIA, TEVE PEQUENA ESCORIAÇÕES JA SEU IRMAO DE NOME JOSE VANDERLEY TEVE UM FRATURA NA FACE, FOI SOCORRIDA POR SUA IRMA E MAIS POPULARES, QUE ESTAVA PASSANDO NO LOCAL, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL DE CACHOEIRINHA E REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU, NADA MAIS SINGNO DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta Unidade po

Jose Vanderley da Silva
JOSE VANDERLEY DA SILVA
 (VITIMA)

MARIA VALDERLEIA DA SILVA
 (NOTICIANTE)

Maria Valderleia da Silva

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **160766-8**



05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETOIRA
 DE EQUIPES LTDA

26 MAR, 2019

Rua da Aurora, 119-175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

DOCUMENTO ORIGINAL

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Jose Vanderley da Silva CPF da Vítima: 033.274.944-03 Data do Acidente: 16.07.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Jose Vanderley da Silva CPF do Representante legal: 033.274.944-03
E-mail: _____ Telefone (DDD): 9928-6780/7903-9238

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Cachoeira 05 de março de 2018
Local e Data

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Jose Vanderley da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE VANDERLEY DA SILVA
 Data Nas: 21/02/1980 Idade: 37 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 704805562405849
 Endereço: TRAV VALERIANO ALVES N°: 27
 Bairro: CENTRO Cidade: CACHOEIRINHA Estado: PE
 CLP: 55380000 Fone: 78099238 Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL
 Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ODONTOLOGIA C. TRAUM B M F

2 - ATENDIMENTO

Data: 16/07/2017 21:09

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Dor na região mandibular, região esquerda,
 desde de começar a ligar o motor, dores de boca e
 no maxilar de antecâmara. Alargado

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Cheirinho espontâneo na região oral e nasal
 2º molar @ 1º molar e 2º molar do maxilar
 1º molar @ 1º molar, no maxilar do 1º molar

Diag. Provisório:

Trauma de corpo estranho

16 07 17
 1º Mandibular
 2º Mandibular

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Prescrição Prescrição
 Retenção com a observação
 Prescrição de corpo estranho

- 1º Mandibular + Anticâmara
 2º Mandibular com Anticâmara
 3º Mandibular
 4º Mandibular com Anticâmara
 5º Mandibular
 6º PCTA

05.802.494/0001-47
 TRACÃO CORRETORES
 DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50060-010
 RECIFE-PE

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

19/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE VANDERLEY DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06991-4

CONTA: 000000000166-0

Nr. Autenticação

BRADESCO190420180500000000023706991000000000166135000 PAGO