



CNPJ 08.760.035/0001-84
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - N.º 1111 - 80069 - CENTRO
 CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE
 GENIVAL ALVES ALMEIDA
 R JOSE PEDRO DA SILVA, N. 00081 - CENTRO CACHOEIRINHA PE 55380
 -000
 INSCRIÇÃO: 031.830.550.0049.340 GRUPO: 2 DEB. AUTOMÁTICO: 000690851

MATRÍCULA: 4636851 Dez/2017

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	TIPO DE CONSUMO (AUE)
		1	RESIDENCIAL

DATA LEIT. ANTERIOR: 24/11/2017
 DATA LEIT. ATUAL: 23/12/2017

AGUA:
 LEIT ANT: 571
 LEIT ATU: 580
 LEIT FAT: 580

CONSUMO: 9

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

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

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

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
 OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES 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

RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)	CONSUMO	TOTAL (R\$)
CONSUMO DE ÁGUA	9,18	40,18
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 11/2017		0,83

DEBITO	40,18	1,05	0,88
DEBITO	40,18	7,00	3,05

VENCIMENTO: 25/01/2018

TOTAL A PAGAR: 41,01

MESSAGEM:

05.802.494/0001-43
 TRACÇÃO CORRETOIRA DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 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/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 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: Recusouse Renda: Recusouse e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Jose Pedro da Silva</u>		Número	<u>81</u>	Complemento	<u>linda</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Cachoeirinha</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>55380-000</u>
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 Baímeundo, nº 18,

complemento casca, 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 2430 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)

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA
Tabela: VERA LUCIA VALENÇA MELO E SILVA / Substitua: DINA LUCIA SMOES VALENÇA DE MORAES
R. São Mateus, 8, Bloco 15 - Centro - CEP: 50000-000 - Cachoeirinha - Pernambuco - Fone: (51) 3222-1122

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARIA VALDERLEIA DA SILVA dou fé, Em testemunho de verdade, Cachoeirinha, 01/02/2018 15:06:36. Saloia 0076455-CIB010201702.00877, Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seloatipia. E-mail: tjpe-3-39 - 1049 R\$ 0,80 - FENCI R\$ 0,40
vera Lucia Valença Melo e Silva - Tabelião



DOCUMENTO ORIGINAL

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 337851 Prontuário: 301874
 Nome: JOSÉ VANDERLEY DA SILVA
 Data Nasc.: 21/02/1980 Idade: 37 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 704865562405849
 Endereço: TRAV VALERIANO ALVES Nº: 27
 Bairro: CENTRO Cidade: CACHOEIRINHA Estado: PE
 CE: 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:

Vitória de acidente automobilístico, região central, queda de carro com fratura de membros superiores, dor de boca e um pouco de náusea. Alcoolizado

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Observação: apresentando em região central e com fratura de membros superiores e dor de boca e um pouco de náusea. Alcoolizado

Diag. Provisorio:

Fratura de crânio exposta

16.07.17
 1) Desidratação
 2) Fratura de crânio exposta

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Fratura de crânio exposta
 Retorno com fratura de crânio exposta
 Fratura de crânio exposta

- 1) Analgesia + Antibiótico
 2) Antibiótico oral
 3) Soro
 4) Hidratação com Glicose
 5) Soro
 6) ALTA

05.802.494/0001-47
 TRAZÃO 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. Uendelley Silva, 57 anos

Av. Boa Vista no número 16
de Boa Vista - 52139-05

Un. Farmácia de fecc. (Champanhe O),
Boa Vista 15

sem receita e aplicação de antídoto.

Dr. Thiago Lima
Médico
CREMEPE 18477

12/02/18
Data

Médico

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

Control: 66340

21/02/1980 (37) An 25m

Sexo: MASCULINO

Entrega

16/07/2017

16/07/2017

16/07/2017

Paciente

Descrição	Quant.	Apresentação	Dosagem

1/1
Data

Assinatura do Médico

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETONA
DE EQUIPAMENTOS LTDA.

26 MAR. 2018

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

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SESIPE

03111117



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



PACIENTE	Nome	José Vanderley Silva		Data	16/07/2013	
	Sexo	Mas	Idade	77 anos	Estado Civil	Solteiro
	Naturalidade	Cachoeirinha				
RESPONSÁVEL	Endereço	Trav. Valeriano Silva Couto		Data de Nascimento	01/02/1980	
	Procedência	Cachoeirinha				
	Pessoa de quem depende	Mesmo		Parentesco		
OCORRÊNCIA	Endereço					
	Trazido por					
	Endereço					
OCORRÊNCIA	Local do Acidente			Data	/	/
	Natureza	<input type="checkbox"/> Casual	<input checked="" type="checkbox"/> Acid. no Transito	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio		
	Do	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outros 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		
		Fuc. do lip, buco maxilo		
		HLA.		
	Exame Físico			
	Hipótese Diagnóstica	S.M.C.A.Y.		
		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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PESSOAL
INSTITUTO FEDERAL DE IDENTIFICAÇÃO

03.8.47



Jose Vanderley da Silva

CARTELA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5775911

DATA DE EMISSÃO 22.10.1996

Nome: JOSE VANDERLEY DA SILVA

FILIAÇÃO: José Vicente da Silva Filho
Maria de Lourdes da Silva

LOCALIDADE: Cachoeirinha-PE

DATA DE NASCIMENTO: 21.02.1980

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

Jose Vanderley da Silva

SECRETARIA DE SEGURANÇA PESSOAL

INSTITUTO FEDERAL 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: 21/02/80



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e obrigatório para todas as pessoas físicas e para as empresas previstas na legislação vigente.

Assinatura:
Jose Vanderley da Silva
JOSE VANDERLEY DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

05.802.494/0001-09 : 31/10/97

TRACAO CORRETOXA
DE EGIPTOS LTDA

26 MAR. 2018

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

07781.70


Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
983.756.104-10

Nome
GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Nascimento
25/08/1973

ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO CAVALARI SINAL




Genival Alves de Almeida

VALOR EM TÍTULOS (RUBRICADO)

Nº 8217060 DATA 07.11.1998

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Francisco José de Almeida
 Josefa Alves da Silva

Cachoeirinha-PE 25.08.1973

C.H. 692-L. 01-R. 273v. Cart. de
 Cachoeirinha-PE



05.802.494/0001-4
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PE Nº 013222351820
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM: 1097653738
PLACAD: 6666666666
MOTORISTA: 2017

MARIA VALERILIA DA SILVA

CACHOEIRILHA-PE

CPF / CNPJ: 077.177.224-61
PLACA: PCD9939

PLACA /MT /UF: 6666666666 /PE
OBRAS: 9C2JCA830C2213027

PLA /NORONHA: 2P/124CB
SÍMBOLO TIPO: 2P
COMERTIVEL: ALMO/GRANOL

BRONDA/BIS 125
MARCA / MODELO: BRONDA / BIS 125
ANO FAB: 2016
ANO MOD: 2016

CPF / PGT / CL: 9C2JCA830C2213027
CATEGORIA: PARTIO
COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA 2017 QUITADO
COTA ÚNICA: 1
VENIO: COTAS: 1
P: 1
V: 2
A: 3

PREMIO TARIFARIO (R\$): 09
COTA ÚNICA: 09
COTA ÚNICA: 09

PREMIO TOTAL (R\$): 09
DATA DE PAGAMENTO: 05/03/17

AL. FID. ADM COIS MAC BORDA LTDA
CACHOEIRILHA-PE

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Essencial de DETRAN/PE

05/03/17

CONTO CORRENTE EM NOME DO SEU CARILHASPO POUPE FACIL
AO ENDEREÇO DE VOS. CARILHASPO POUPE FACIL
CACHOEIRILHA-PE

PE Nº 013222351820 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA VALERILIA DA SILVA

CIB CACHOEIRILHA-PE
55380-000

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

www.seguradoralider.com.br

SAO DPVAT 0800 022 1304

VIA: 1
RENAVAM: 1097653738
ANO FAB: 2016

CPF / CNPJ: 077.177.224-61
EXERCÍCIO: 2017
DATA EMISSÃO: 05/03/17

PLACA: PCD9939
BRONDA/BIS 125
MARCA / MODELO: BRONDA / BIS 125

DE VOS: 09
NF CHASSI: 9C2JCA830C2213027

PREMIO TARIFARIO
COTA ÚNICA: 09

CUSTO DO SEGURO (R\$): 09

CUSTO DO BILHETE (R\$): 09

SEGURO PAGO

PAGAMENTO: 09

DATA DE COTAÇÃO: 05/03/17

SEGURO LIDER - DPVAT

DETRAN/PE
SAO DPVAT 0800 022 1304

DETRAN/PE
SAO DPVAT 0800 022 1304

26 MAR 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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 Lotear José Agripino nº 101 CSB
complemento casa Bairro Lotearmento 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 983 756 104 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 SERVIÇOS LTDA

26 MAR. 2018

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



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE
TAMAR, VERA LÚCIA VALENÇA MELLO E SILVA / Substituída: ZENILUCIA SINGLES VALENÇA DE MELLO FERNANDES
R. São Valério de São José - Centro - CEP 50240-000 - Fone: (51) 3217-0200 - E-mail: (51) 3217-0200 - www.cartorio101.com.br

Reconheço - Por Autenticidade a firma de JOSÉ VANDERLEY DA SILVA do nº. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 09/02/2018
09:49:10. Selo(s) 0076855-E3716201702-01312. Consulte autenticidade em www.tjpecas.br/seledigital. Emissão R\$ 3,59 - TIRF R\$ 0,80 - FERE: R\$ 0,40

tra Lúcia Valença Melo e Silva - Tabelião

[Handwritten signature]

VALIDO SOMENTE COM O SELO
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 ASE

CPF da Vítima

033.274.244 03

Nome completo da vítima

José Vanderley da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	José Vanderley da Silva	CPF titular da conta	033.27424403	Residência	Riacho das Neves
Endereço	Rua João José Aguiarino	Número	701 CSB	Complemento	CASA
Bairro	José Aguiarino	Estado	PE	CEP	55380000
Cidade	Cachoeirinha	Telefone (DDD)			(085) 979099238
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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO		NOME		NICK	
AGÊNCIA		CITY		B/V	
ANO	DIV	MIC			
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA: NICK: 6991 DIV: NICK: 166 B/V: P

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
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

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

José Vanderley da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRANDESCO 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 - Culposo (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 de 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: 55999-999 - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA VALDERLEIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA LOURDES DA SILVA Pai: JOSE VICENTE DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 12/8/1981
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: 55999-999 - 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: **NE**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCJ2535** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC4838GR213027**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Complemento / Observação

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

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

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: **160768-8**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR, 2018

Rua da Aurora, 117-175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP: 51.060-010
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: 033274244-03
E-mail: _____ Telefone (DDD): 9928-6780/7909-9238

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 CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

26 MAR. 2018

Cachoeirinha 05 de março de 2018 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Local e Data

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 **Atendimento:** 337851 **Prontuário:** 301674
Data Nasç.: 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:** 78399238 **Profissão:** FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clinica: ODONTOLOGIA C. TRALIM B M F

2 - ATENDIMENTO

Data: 16/07/2017 21:09

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Deformação da articulação temporomandibular, surge com
 perda de conexão de um dos lados, dores de boca e
 em cima de mandíbula. Alvoziel*

Exame Físico:

PA: **FC:** **FR:**

*Observação espontânea em região cervical e boca
 2º grau de deformação da articulação temporomandibular
 com oclusão estérica, em nível do pré-
 do.*

Diag. Provisório:

Tortura de corpo Esquerda

16 07 17 1) Anestesia 2) Dor 3) Dor 4) Dor 5) Dor 6) Dor
 16 07 17 1) Anestesia 2) Dor 3) Dor 4) Dor 5) Dor 6) Dor

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Prescrição Prescrição
 Referencia com a observação
 feita de uma prescrição

- 1) Anestesia + Analgésico
- 2) Dor
- 3) Dor
- 4) Dor com Curativo
- 5) Dor
- 6) 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

