

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DESTAQUE PE Nº 014356383164  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

POSSESSOR DE BENS MOREIRA SILVA  
CARUBRU-PE

035.172.524-12 C.E.T.S. 472

PLACA 035.172.524-12

SAN MOTOCICLETAS GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ESD 2004 2004 2004

28/11/95 SARTIC VERMELHA

1 15/11/2010 QUINADO

100.00 0.10 100.00 22/02/10

SEM RESERVA

CARUBRU-PE

01/02/10

01/02/10

PE Nº 014356383164 SUJEITO DE BENS MOREIRA SILVA  
POSSESSOR DE BENS MOREIRA SILVA

ENTRADA EM BENS DO SEGURO PRIVAT  
SUA VIDA E SUAS BENS DO SEGURO PRIVAT  
AS CONDIÇÕES DE BENS DO SEGURO PRIVAT

SAN MOTOCICLETAS

CARUBRU-PE

035.172.524-12

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2004 2004 2004

28/11/95

100.00 0.10 100.00

SEM RESERVA

CARUBRU-PE

01/02/10

01/02/10

05.202.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
18 JUN 2010  
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:** 3190388242 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA À ESQUERDA.  
TRAUMA CORTO CONTUSO NO ABDOME À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS).  
TRATAMENTO CONSERVADOR DO ABDOME.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos**

**complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190388242 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA À ESQUERDA.  
TRAUMA CORTO CONTUSO NO ABDOME À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS).  
TRATAMENTO CONSERVADOR DO ABDOME.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

PROCURAÇÃO PARTICULAR.

OUTORGANTE:

NOME: Jadilson José Bernal da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Vendedor de Ague IDENTIDADE: 10.626.227-558 PC  
CPF: 141.132.994.55 CNH: ---  
ENDEREÇO: Vila Murici N. 22  
BAIRRO: Murici - Zona Rural CIDADE: Caruaru  
ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA. ESTADO CIVIL: CASADA.  
PROFISSÃO: DO LAR IDENTIDADE: 546858594 SSPSP.  
CPF: 540-974-874-34. CNH: ---  
ENDEREÇO: RUA ANTONIO NAVARRO N - 729  
BAIRRO: PETROPOLIS. CIDADE: CARUARU. ESTADO: PERNAMBUCO.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a SEGURADORAS, referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Caruaru - 03 JUN. 2019

LOCAL E DATA



Jadilson José Bernal da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE.



05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208403/19

**Vítima:** JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

**CPF:** 141.132.994-55

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/01/2019

**Titular do CPF:** JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JOSILENE FERREIRA MACEDO : 540.974.874-34

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

### JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA : 141.132.994-55

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/06/2019  
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO  
CPF: 540.974.874-34

JOSILENE FERREIRA MACEDO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

---

**Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190388242**

**Vítima: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190388242

Vítima: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000047700-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AG: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 341.332.994-55 Nome completo da vítima: Gadielson José Bemos da Silva

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012**

Nome completo: Gadielson José Bemos da Silva Nº: 341.332.994-55

Profissão: Vendedor de Água Endereço: Vila Múncia Número: 32 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: 2000 Rumo - Múncia Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55102-000

E-mail: macedo@f43@gmail.com Tel (DDD): (81) 99907.7180

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

**RENDIA MENSAL:**

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (serviço para as contas acima. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2778 CONTA: 00047700 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.104/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou 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.

Local e Data: Caruaru 15/06/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gadielson José Bemos da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

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

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Loferias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101  
OVIDORIA 0800 725 7474

158-883834484-1

07/JUN/2019

hora de 18:11:19

LOT: 15.828543-7

TERM: 051289

LOCALIDADE: CARUARU

AG. VINCULADA: 2778

CONTROLE: 437809992

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2778 013 00047700-0

JADIELSON J L DA SILVA

VALOR : 5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

158-883834484-1

19 VIA

Loferias CAIXA

Loferias CAIXA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
CIRCUNSCRICAO CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2106000300**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/06/2019** às **10:53**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **20/6/2019** no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, SÍTIO PELADAS, ZONA RURAL DE CARUARU - Bairro: ALTO DO MOURA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE)  
JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA SILVA (OUTRO)  
JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): **JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA**

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

**JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA** (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA** Pai: **JOSEILDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **23/2/2001** Nacionalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10026227/SDS/PE (RG), 14113299495 (CPF)** Estado Civil: **ANOSADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **81002100410**

Residência: **ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, SÍTIO MURICI, PERTO DA IGREJA CATOLICA - CEP: 0 - Bairro: ALTO DO MOURA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA SILVA** (presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA DE LEMOS MOREIRA** Pai: **JOSÉ MOREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **13/8/1977** Nacionalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7140035/SDS/PE (RG), 02817300412 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

10 JUN 2019

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

**INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:  
- **81992681172**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, SÍTIO MURICI, PERTO DA IGREJA CATOLICA NOSSA SENHORA DA PAZ. - CEP: 0 - Bairro: ALTO DO MOURA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN ESD** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJ26472 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)** Renavam: **992142455** Chassi: **9C2K002108R044952**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

**Complemento / Observação**

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLICIA CIVIL NESTE HOSPITAL AS PESSOAS DA VITIMA E SUA GENITORA ONDE FALARAM QUE A VITIMA ESTAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA FAZENDO O CAMINHO ENTRE OS SÍTIOS PELADAS PARA O MURICI AMBOS NA ZONA RURAL DE CARUARU QUANDO NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO PELADAS FOI COLOCADO UMA LOMBADA FISICA E SEM SINALIZAÇÃO E A VITIMA AO ULTRAPASSAR AQUELO OBSTACULO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E FOI AO SOLO E PERDEU OS SENTIDOS NÃO LEMBRA OU SE RECONTA DO QUE ACONTECEU APÓS A QUEDA E SO LEMBRA QUANDO JA ESTAVA NA UPA 24 HORAS E PARA CONSTA APRESENTA UMA COPIA DO ATENDIMENTO COM O PRONTUARIO AMBOS DE NUMEROS 81197211 E 80217838 E APÓS SE MEDICADO FOI TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU O PRONTUARIO DE NUMERO 332428 E DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO NO OMBRO ESQUERDO FOI TRANSFERIDO PARA UM HOSPITAL NA CIDADE DE BEZERRAS ONDE FEZ TRATAMENTO CIRURGICO NO SEU OMBRO ONDE RECEBEU ALTA MEDICA.

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

*Jadilson José Lemos da Silva*  
**JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA**  
(VITIMA)

**JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA SILVA**  
(OUTRO)

*Josileide de Lemos Moreira Silva*

S.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **321884-8**

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL: CFF da vítima: 341.132.994-55 Nome completo da vítima: Jádrielson José Bemos da Silva.  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL EM PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012  
Nome completo: Jádrielson José Bemos da Silva CPF: 341.132.994-55  
Profissão: Vendedor de Água Endereço: Vila Muni Número: 22 Complemento:  
Bairro: Zona Rural - Muni Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55102-000  
E-mail: macedo@f43@gmail.com Tel (DDD): (81) 99907.7180

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

**RENDA MENSAL:**  
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$8.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 2778 CONTA: 00047700 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às estas 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.

Local e Data: Caruaru 15/06/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: 05.802.494/0001-41  
Assinatura: TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: 18 JUN 2019  
Assinatura: Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
INSTITUTO

Ato-Declaratório

## ANAMNESE

Paciente: **JADIELSON JOSE LEMOS SILVA**

Data Nascimento: 23/02/2001

Idade: 17 Anos, 10 Meses e 28 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01197211

Prontuário: 00217030

Senha N.º: 0009

Data e Hora: 20/01/2019 05:01h

### CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: **ACIDENTE DE MOTO + - UMA HORA APRESENTA ESCORIAÇÕES EM TODO CORPO. DOR E EDEMA EM CLAVÍCULA E, CORTE EM REGIÃO ABDOMINAL.**  
NEGA ALCOOLISMO. NEGA OUTROS SINTOMAS.

### Alergia:

Observação: **NEGA ALERGIAS**

**NEGA DM E HAS**

**RG**

### AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistólica: PAS: 120 MMHG

P.A. Diastólica: PAD: 80 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

### OPD / HDA:

PCT REFERE DOR E EDEMA EM OMBRO ESQ E EM ABD INF ESQ, APÓS QUEDA DE MOTO HÁ 1H. REFERE NÃO LEMBRAR SE VÔMITOU OU PÉRDEU CONSCIÊNCIA.

### Exame Físico:

EGR, CONSC, ORIENT, EUPN, AFEB, NORMOC, HDT, ECG-15 PUPILAS ISOCÓRICAS

AR: MV + EM AHT SEM RA

ACV: RCR EM 2T BNF SS

ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR, COM LESÕES COM PERDA DE TECIDO

EDEMA EM OMBRO E REGÃO CLAVICULAR ESQ

### Exames complementares:

### HD:

FRATURA ?

### Conduta:

VPM

A ORTOPEDIA

A SALA AMARELA

### Evolução:

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

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

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000047700-0

---

Nr. da Autenticação 1FE58E85F5E372AD

[illegible]

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
18 JUN 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



Escritório: CARIACU

## NATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

10125767, 1

04/2019-2

IMPRCULO: 041.971.120.8308.003

[illegible]

opción de: AUTOMÁTICO: 18529747.2

TO: **CONTRACTOR**                      **STANDARD**      **DATE**      **EXTENSION**

[illegible]

#### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

## VALOR R\$

1000

ESSENTIAL 001 INSTAGE

COMMISSION THE ACTING

5:03

41,200

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
18 JUN 2019

18 JUN 2019

18 JUN 2019  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010.  
RECIFE-PE

|     |        |       |       |
|-----|--------|-------|-------|
| 研究区 | 41.23% | 3.65% | 3.65% |
| 对照区 | 51.13% | 7.60% | 7.60% |

25/05/2019

|                 |       |
|-----------------|-------|
| TOTAL A. DOLLAR | 41,30 |
|-----------------|-------|

Swedish version: 1987-09-07

Berk100 am 09/06/2015





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 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/BIBLIOTECAS/DOCOORIGINALASPK/TFPO-1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS NEGÓCIOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 9.532/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 540974.874 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jadielson Ferreira Gomes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 141.132.994 / 55,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Jadielson Ferreira Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº 141.132.994 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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 Antenor Navarro</u> | Número: <u>729</u>     | Complemento: _____                |
| Bairro: <u>Petropolis</u>            | Cidade: <u>Caruaru</u> | Estado: <u>PE</u>                 |
| E-mail: <u>macedo JF43@gmail.com</u> | CEP: <u>55032-210</u>  | Tel (DDD): <u>(81) 99907.7180</u> |

Local e Data:

Caruaru 03 de Junho 2019

Josilene Ferreira Macedo

Assinatura do Declarante

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josilide de Lima Moreira Silva,  
RG nº 7149935, data de expedição 22/10/2003,  
Órgão SOS, portador do CPF nº 055.173.694.13, com  
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sila Munici, nº 22,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jadilson Jose Lima da Silva cujo o condutor era  
Jadilson Jose Lima da Silva.  
Veículo: motocicleta  
Modelo: Konda 160 150 Titan ESD  
Ano: 2008/2008  
Placa: KIZ 6472  
Chassi: 9E2KE082082044052  
Data do Acidente: 20/01/2019  
Local e Data: Caruaru 03/06/2019



Josilide de Lima Moreira Silva  
Assinatura do Declarante

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

**3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO** Del. ORSIO TOJORDO  
R. do Comércio, 82 - Novo Sincos do Sincos - Caruaru/PE - CEP: 55008-440 Fone: (51) 3702.0703 - Fax: (51) 3702.0705

Reconheço, por autenticidade, a firma de: JOSILIDE DE LIMA MOREIRA SILVA  
Em testemunho de 5 de Caruaru PE, em 10/06/2019

NEIDE MARIA DOS SANTOS (Assinatura)  
EMOL: R\$ 5,51, TFR: R\$ 0,00, FERT: R\$ 0,40, FUNG: R\$ 0,00,  
FORM: R\$ 0,04, RES: R\$ 0,00 - TOTAL: R\$ 4,95 Op: 02  
Selo 0273718 INAD 020190102015

Consulte Autenticidade em [www.josilide.com.br/verificador](http://www.josilide.com.br/verificador)

**Aline**  
Cartão 40 31 0108

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.626.227 07/07/2017

<< JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA >>

<< JOSEILDO JOSÉ DA SILVA >>

<< JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA >>

CARUARU - PE 23/02/2001

<< CN.69225 L.58-A F.117 CART.2ª ZONA  
CARUARU-PE 08.10.2002. >>

141.132.994-35 *[Assinatura]*

Ass. Técnica G. B. Almeida

1017720002107122519764042 F-76 107.280 - 1031

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5

*Jadilson José Lemos da Silva*

 

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

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



AVULSADA: CRUZ CARVALHO - RUA, 1387 - LOTEAMENTO AMARILHOS PE  
CEP: 55040-000 - Fone: (085) 3862.043.0195  
Indicação: Nacional: 18-1-001,0014388-2  
CPF: 09.188.036/0001-64  
Qualidade da Água: www.compessa.com.br

Nº Documento: 201906105257672

Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOSILENE FERREIRA MACEDO

R. APT. 0279 - PERNAMBUCO CARUARU PE 55053-210

Inscrição: 041.971.120.0708.002

GRUPO: 18

10525767.2

04/2019-0

opção n.ºr. AUTOMÁTICO: 10525767.2

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

| CONSUMO POR FAIXA | VALOR R\$ |
|-------------------|-----------|
| 5 M3              | 41,30     |

| CONSUMO POR FAIXA | VALOR R\$ |
|-------------------|-----------|
| 5 M3              | 41,30     |

| CONSUMO POR FAIXA | VALOR R\$ |
|-------------------|-----------|
| 5 M3              | 41,30     |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

PERMANENCIAL DO INT. D. D. D.

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

5 M3

41,30

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.062-010  
RECIFE-PE

|        |       |      |      |
|--------|-------|------|------|
| PIS    | 41,30 | 1,83 | 8,88 |
| COFINS | 41,30 | 7,80 | 3,24 |

VERIFICADO: 25/05/2019

TOTAL A PAGAR:

41,30

Entidade gest. INTERMUN

03/06/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL  
ENCERTELO HASTEIAÇÃO  
JOSILENE FERREIRA MACEDO  
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
54.685.859-4  
09/SET/2010  
JOSILENE FERREIRA MACEDO  
JOSE FERREIRA DE LIMA  
E LINDALVA PEREIRA FERREIRA  
CARUARU - PE  
16/JAN/1971  
CARUARU-PE  
CARUARU  
CC: LV. 5027/ELS. 0078/M. 010477  
54097467434 PIS 12419211997  
LEI Nº 9.116 DE 29/06/95