



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.815.952/0001-00 | Ins. Est. 0019343-40 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JAQUES JOAO GOMES DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 28 DE OUTUBRO 46

CPF 030 544 974-03

CENTRO-LAVE GRANDE
CATEGUE PE
55430-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mortuário

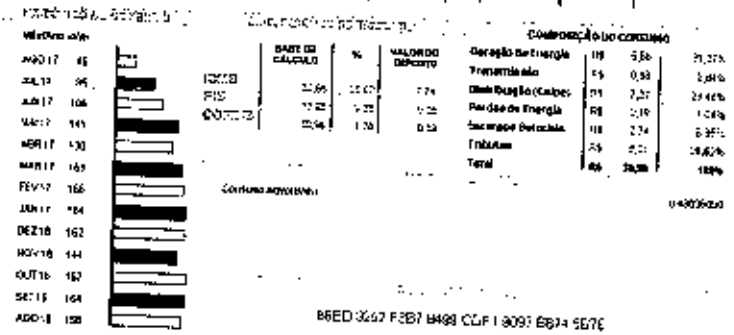
CONTA CONTRATO: 0610738036
DATA DE VENCIMENTO: 23/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$): 35,47

Nº DA NOTA FISCAL: 011392572
DATA: 18/03/2017
Nº DO CLIENTE: 1000470928
Nº DA INSTALAÇÃO: 547486

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	5,122500	0,5545500	28,43
Atividade Bandeira AM-NF LA			0,55
Atividade Bandeira VERMELHA			0,88
Contribuição Iluminação Pública			1,56
CVS Subvenção COE-NF 001711295-140817			0,71
Multa por atraso NF 001711295-140817			1,53
Juros por atraso NF 001711295-140817			0,71

TOTAL DA FATURA 35,47

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Nº DE DIAS	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
100000	CAT	11-07-2017 25.303,00	18-08-2017 25.317,00	31	1,0000		45,00



Atenção: Os dados aqui apresentados são apenas informativos. Para obter informações detalhadas sobre o seu consumo e a tarifa aplicada, consulte o site da Celpe ou ligue para o 0800 000 0000.

05.802.494/0001-41

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JACQUES JOAO GOMES DO NASCIMENTO
CPF: 030.944.974-03

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 26 DE OUTUBRO 44
CENTRO LAJE GRANDE
55400-000 CATENDE PE

DATA DE VENCIMENTO

23/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

43,33

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

16/01/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

16/01/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

001829385

CONTA CONTRATO

000610738036

Nº DO CLIENTE

2000470828

Nº DA INSTALAÇÃO

0000947485

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D790.78C9.375E.910B.DA98.76C2.C2B9.095B

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br



DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	56,00	0,67781320	37,94
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,05
Contribuição Iluminação Pública			2,59
ICMS Subvenção-CDE-NF 001832057-17/11/17			0,35
Multa por atraso-NF 001832057-17/11/17			0,81
Juros por atraso-NF 001832057-17/11/17			0,38
Atualização IGPM-NF 001832057-17/11/17			0,21
TOTAL DA FATURA			43,33

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Receb	Valor
28/12/17	18/01/18	47,85

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem
como poderá ocorrer uma inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA,
com abrangência nacional. Esta comunicação não substitui o aviso de débitos anteriores bem
como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do
processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,10036000		kWh
		JAN 16	56
		DEZ 17	50
		NOV 17	56
		OUT 17	50
		SET 17	48
		AGO 17	45
		JUL 17	85
		JUN 17	106
		MAY 17	141
		ABR 17	130
		MAR 17	153
		FEV 17	156
		JAN 17	164

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RE	%
Geração de Energia	10,77 37,62
Transmissão	1,14 2,62
Distribuição (Celpe)	9,59 24,08
Energia Solar Ativa	3,54 8,08
Tributos	11,33 29,47
TOTAL	38,98 100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
38,99	25,00	9,74	38,99	0,72	0,28	38,99	3,38
							1,32

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MC06805	CAT	18/12/2017	28.558,00	16/01/2018	26.614,00	29	1,00000	0,06	56,00

DATA PRÓXIMA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/02/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
nov/2017					
DIC-Medida hora sem Energia	CATENDE	0,00	5,01	11,82	23,84
FIC-Num de vezes sem Energia		0,00	3,42	6,85	13,70
DMIC-Duração máxima de Interrupção cont rva		0,00	3,45	6,90	2,01
DGRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DGRI: 12,72
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,87					
Nota: Comunicar cada ocorrência e registrar nos indicadores DIC, FIC, DMIC e DGRI e qualificar tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lai 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231

05.802.494/0001-43
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
TRAÇÃO CORRETA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000610738036	01/2018	43,33	23/01/2018

TAG DE PAGAMENTO

15 FEV. 2018

838500000008 433300110008 510738036108 109903447533



Este documento é uma cópia autenticada.
Este código será usado em leitora ótica.
REC-PE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Camila Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.922.874-05
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Ronaldo da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 112.627.114-44 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Jose Ronaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.627.114-44 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
		PE	55400-000
E-mail	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			(81) 919668-4814

Calende 20 de Novembro de 2017
Local e Data

Camila Maria da Silva
Assinatura do Declarante

05 DEZ. 2017

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Lamila Mª da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 086.922.874/05
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Ronaldo da Silva inscrito
(a) no CPF sob o nº 112.627.114/44 do sinistro de DPVAT cobertura inculpidez da vítima
Jose Ronaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 112.627.114/44 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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 PROFESSOR EUZÉBIO</u>		Número <u>5N</u>	Complemento
Cidade <u>Laje Grande</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55400-000</u>	
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(81) 99668-4814</u>	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
D.L.R.L. 001/2017

Latende 29 de Dezembro de 2017
Local e Data

x Lamila Maria da Silva
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Convênios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469346/17

Vítima: JOSE RONALDO DA SILVA

CPF: 112.627.114-44

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/03/2016

Titular do CPF: JOSE RONALDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

CAMILA MARIA DA SILVA : 086.122.874-05

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/01/2018

Nome: CAMILA MARIA DA SILVA

CPF: 086.122.874-05

CAMILA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2018

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Camila Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.932.874 / 05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Ronaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.627.444 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Jose Ronaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.627.444 / 44 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua 26 de Outubro</u>		Número	<u>44</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro / Laje Grande</u>	Cidade	<u>Patende</u>	Estado	<u>PE</u>
CEP			Telefone comercial (DDD)	CEP <u>55400-000</u>	
			Telefone celular (DDD)	<u>(08) 9-9668-4814</u>	

Patende 06 de Fevereiro de 2018 08.802.494/0001-41
Local e Data


TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 FEV. 2018

Camila Maria da Silva
Assinatura do Declarante

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469346/17
Vítima: JOSE RONALDO DA SILVA
CPF: 112.627.114-44

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/03/2016
Titular do CPF: JOSE RONALDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

CAMILA MARIA DA SILVA : 086.122.874-05

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/02/2018
Nome: CAMILA MARIA DA SILVA
CPF: 086.122.874-05

CAMILA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, SAMUEL FERREIRA DA SILVA
RG: 9257960, data de expedição 18/07/2011
Órgão SOS, portador do CPF 112 390 184 95, com
domicílio na cidade de CATENDÉ, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
RUA PROTEGIDA, nº 5W,
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 JOSE RONALDO DA SILVA,
cujo o conduto era Jose Ronaldo da Silva.
Veículo: NOTA DETA
Modelo: HONDA BIZ 125 EX
Ano: 2011
Placa: PEX 3825
Chassi: 9C2JC4830 BR000 922
Data do Acidente: 02.03.2016
Local e data do cartório: 10.11.2017

X Samuel Ferreira da Silva 05.802.494/0001-41
Assinatura do Declarante 05 DEZ. 2017

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Goa Vista - CEP: 50.060-010

Obs: Reconhecer firma por autenticidade

CARTÓRIO ÚNICO BACALHAO NETO CNPJ: 00.569.529/0001-20
Rua da Aurora, Nº 175, Centro - Catende/PE - CEP: 55400-000 Fones: (81) 3673-1548 / 3673-1060
Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
SAMUEL FERREIRA DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Deu fé,
Catende, 10 de novembro de 2017.
En testemunha da verdade
José Marcelus Alexandre Cavalcanti Adir (Habitação Substituta)
Empol.: R\$ 3,49 Taxa: R\$ 1,17 Total: R\$ 4,66
Válido somente com o selo 0130450.JULY99201701.01719

Data do Atendimento: 02/03/2016 Hora: 14:08:26 PRONTUÁRIO: 171122
 Rô. Atendimento: 466014 Urgência / Emergência Colaborador: ANACBL
 Prioridade: AMARELO - URGENCIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS:
 Nome: JOSE RONALDO DA SILVA Sexo: Masculino
 Data de Nascimento: 11/03/1992 Idade: 23 Anos, 11 Meses e 20 Dias C.I.:
 P. ou responsáveis: CICERA MARIA DA SILVA / NAO INFORMADO
 Endereço: TRAVESSA DA OLARIA, 1 - LAGE GRANDE - 55400000
 Cidade: CATENDE Tel.: 8191949246 Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:

Paciente com fraturas
 do 2º, 3º e 4º MTT (D) há
 4 dias

Exame Físico:

Caral via aerea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura:
 Respiratório:
 Circulatório:

Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:
 Abdomen:

Diagnóstico Inicial: fratura do 2º, 3º e 4º MTT (D)

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Exame e Procedimentos:

Colar botô
 de amoneto no / emp. IV

Queixa Principal Relatada e Classificação de Risco:

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO, RELATA DOR NO PÉ DIREITO

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
 RA: 40X90

Evolução da Enfermagem

05.802.4987204-1
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

05 DEZ. 2017

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

COMPANHIA DE SEGUROS
 ANTECIPADO ORÇAMENTO
 COORDENADOR DA FOLHA DE PAGAMENTO
 COMPRE COM O
 ORIGINAL

Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
 Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Dr. Daniel Sanches
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PE 19149



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

112.627.114-44

Nome

JOSE RONALDO DA SILVA

Nascimento

11/03/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIFE-PE

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. C

05 DEZ. 2017

DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-43



2 LÍNEA



07R-20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÃO DE IDENTIDADE

Jose Ronaldo da Silva

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO **11/03/2011**

NÚMERO **9.208.943**

NOME **<< JOSE RONALDO DA SILVA >>**

SOLTEIRO

<< CÍCERA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE

CATENDE - PE

DATA DE NASCIMENTO

11/03/1992

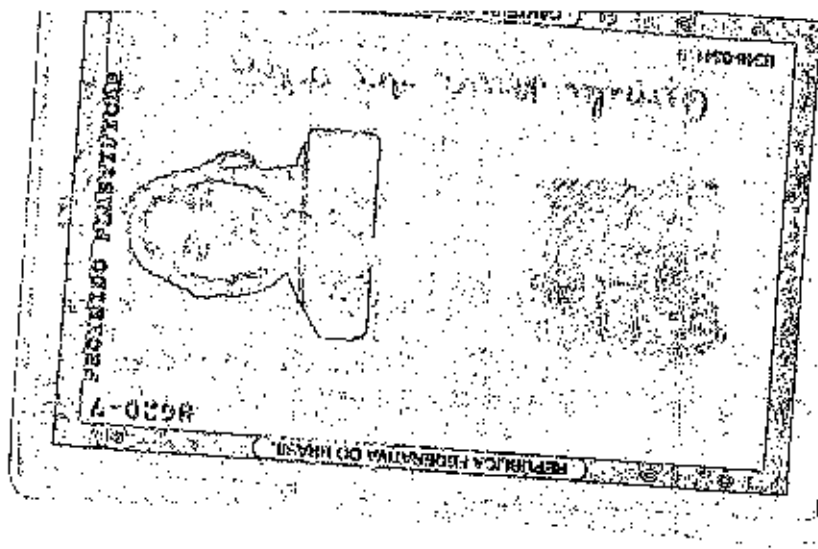
CPF **<< CN.25094 LISA F.89CART.CATENDE -**

PE 25.04.2002 >>

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

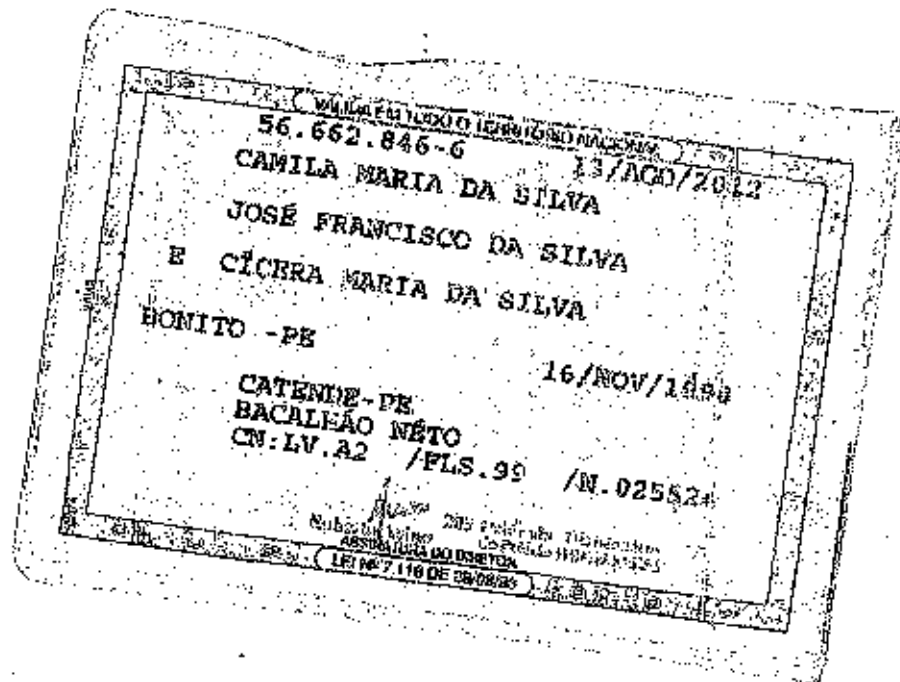
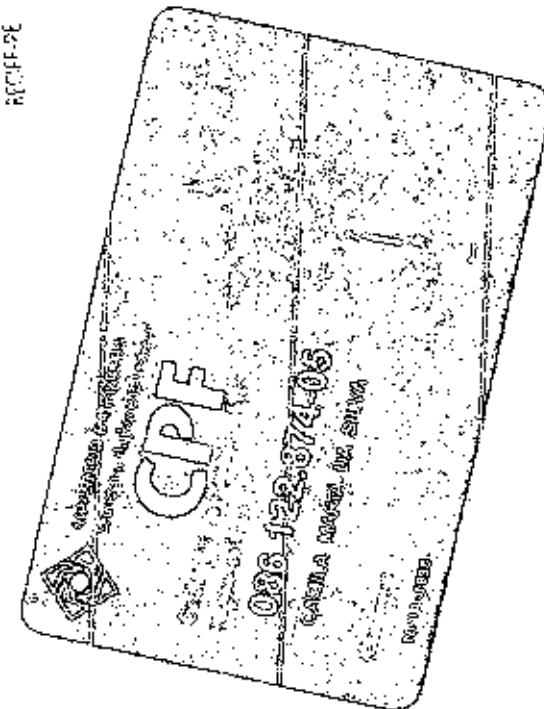
LENTAMENTE



05.802.494/0001-47
 TRACÃO CORRETORES
 DE SEGUROS LTDA

05 DEZ. 2017

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013127088603

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 328955507 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
SAMUEL FERREIRA DA SILVA

CATENDE-PE

CPF/CNPJ 112.340.124-95 PLACA PEX3525

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2JC4830BR000422

ESPÉCIE TIPO DAS / MOTONETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/ETZ 125 EX ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP. POT. / CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª *****

IFVA 2017 QUITADO 2ª *****

FAIXA IFVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FOGO OBSERVAÇÕES

SIM RESERVA

CATENDE LOCAL DATA 28/01/17

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

O OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013127088603 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SAMUEL FERREIRA DA SILVA

R. PROMETADA 260 55400-000

CASA LAJE GRANDE CATENDE-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 28/01/17

VIA 1 CPF/CNPJ 112.340.124-95 PLACA PEX3525

RENAVAM 328955507 MARCA / MODELO HONDA/ETZ 125 EX

ANO FAB. 2011 COR PRET. 09 Nº CHASSI 9C2JC4830BR000422

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) RENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEGURO (R\$)

SEGURO FOGO DATA DE QUITAÇÃO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.




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

05 DEZ. 2017

DETRAN

MINISTÉRIO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469346/17
Vítima: JOSE RONALDO DA SILVA
CPF: 112.627.114-44

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/03/2016
Titular do CPF: JOSE RONALDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CAMILA MARIA DA SILVA : 086.122.874-05

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

JOSE RONALDO DA SILVA : 112.627.114-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

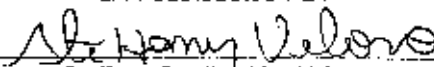
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2017
Nome: CAMILA MARIA DA SILVA
CPF/CNPJ: 086.122.874-05

CAMILA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2017
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Carolyn Lins Veloso



Procuração

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

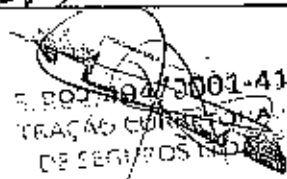
1. Outorgante JOSE RONALDO DA SILVA
portador(a) do documento de identidade nº 9208943, expedido por SBS em
11.03.2011 inscrito no CPF sob o nº 112.627.179-99 residente na
Tv Da Olaria nº 390
complemento _____, Bairro LAJE GRANDE, cidade
CATENDI, Estado PE

2. Outorgado CAMILA MARIA DA SILVA
portador(a) do documento de identidade nº 560628966, expedido por SBS em
13.08.2012 inscrito no CPF sob o nº 08692287905 residente na
RUA PROFESSOR ELZEIRIO nº _____
complemento _____, Bairro LAJE GRANDE, cidade
CATENDI, Estado PE

Ampla 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.

Catendi, 07 de novembro de 2017

Outorgante JOSE RONALDO DA SILVA



05 DEZ. 2017

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

CARTÓRIO ÚNICO BACALHAO NETO
Rua Dom Odorico Manoel Freire, nº 31 - Centro - Catendi/PE - CEP: 55400-000
CNPJ nº 06.569.529/000120 Fone: (81) 3673-1546 / 3673-1050

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de
JOSE RONALDO DA SILVA
e confere o padrão reg. nesta serventia. Foi fe.
Catendi, 7 de novembro de 2017.

En testemunha da verdade,
José Marcelus Alexandre Cavalcanti Adir (tabelião Substituto)
sol.: R\$ 3,49 Taxa: R\$ 1,17 Total: R\$ 4,66
Válido somente com o selo 0130450.DXE09201701.01511

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE RONALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170652761

Vitima: JOSE RONALDO DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CAMILA MARIA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170652761**.

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 12109781



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RONALDO DA SILVA
Nº Sinistro: 3170652761
Vitima: JOSE RONALDO DA SILVA
Data do Acidente: 02/03/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CAMILA MARIA DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170652761**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RONALDO DA SILVA
Nº Sinistro: 3170652761
Vitima: JOSE RONALDO DA SILVA
Data do Acidente: 02/03/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CAMILA MARIA DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170652761**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RONALDO DA SILVA
Nº Sinistro: 3170652761
Vitima: JOSE RONALDO DA SILVA
Data do Acidente: 02/03/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CAMILA MARIA DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170652761**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RONALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170652761

Vitima: JOSE RONALDO DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador CAMILA MARIA DA SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170652761**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **02/03/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

INFORMAÇÕES 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: 112.627.114-44 CPF da Vítima: 112.627.114-44 Nome completo da vítima: Jose Ronaldo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Jose Ronaldo da Silva CPF titular da conta: 112.627.114-44 Profissão: Revisor - se
(Inscrito) Da Clara Número: 390 Complemento: ~
Bairro: Centro Cidade: Patende Estado: PE CEP: 55400-000
E-mail: (81)9.9668.4814 Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA: 4754 D.V. 03/79 D.V. 0
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO: TRAVE CORRETORA NOME: DESEMPREGADA
AGÊNCIA: 95.802.494/0001-41 NOME: DESEMPREGADA
NRO.: DESEMPREGADA D.V. DESEMPREGADA
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

05 DEZ. 2017

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

Boa Vista - CEP: 50.060-010
PRIMEIRA

Patende 20 de Novembro de 2017

Local e Data

JOSE RONALDO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



95.802.494/0001-4-
TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

05 DEZ. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
página 02



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 074ª CIRCUNSCRIÇÃO - CATENDE -
DP74ªCIRC DINTER1/13ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0164000887.

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/11/2017 às
14:27

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 2/3/2016 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 120, PROXIMO AO TREVO ACESSO
DIST. LAGE GRANDE, PROXIMO AO TREVO ACESSO DE LAGE GRANDE,
CATENDE, PE - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE
CATENDE, 1 - Bairro: CENTRO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
SAMUEL FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
JOSE RONALDO DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a):
JOSE RONALDO DA SILVA

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

**JOSE RONALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CICERA
MARIA DA SILVA Pai: NAO DECLARADO Data de Nascimento: 11/3/1992 Naturalidade:
CATENDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9288643/SDS/PE (RG) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: NUSC0001-01-01
- 551704344**

Residencial: **TRAV. DA OLARIA, S/N, DIST. LAGE GRANDE, CATENDE, PE -
CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CATENDE, 1 - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NAO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO**

SAMUEL FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:

Resculho Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **TRAV. OLARIA, S/N, DIST. LAGE GRANDE, CATENDE, PE -**
CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: **MUNICIPIO DE CATENDE, 1 - CEP:**
55000-000 - Bairro: CENTRO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SAMUEL FERREIRA DA SILVA,**
que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE RONALDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **PEX3525 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **328965807** Chassi:
9C2JC4830BR000422
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA REGISTRADA EM NOME DE SAMUEL FERREIRA DA SILVA**

Complemento / Observação

O RECLAMANTE INFORMOU QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTONETA PELA
RODOVIA PE 129, PROXIMO AO TREVO DE ACESSO AO DIST. DE LAGE GRANDE,
CATENDE, MOMENTO EM QUE ATRAVESSOU EM SUA FRENTE UM CACHORRO, E AO
LIVRAR DE COLIDIR COM ESTE, PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A CAIR AO
SOLO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE
PALMARES, ONDE RECEBEU CUIDADOS MÉDICOS, CONFORME DOCUMENTO FICHA DE
EMERGENCIA, EMITIDO PELO HOSPITAL.

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

JOSE RONALDO DA SILVA
JOSE RONALDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PAULO FERNANDO BARRETO LESSA** - Matrícula: **221417-2**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 DEZ. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 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 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 Ronaldo da Silva CPF da Vítima: 112.627.114-44 Data do Acidente: 02/03/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Jose Ronaldo da Silva CPF do Representante legal: 112.627.114-44
Email: _____ Telefone (DDD): 819.9668-4814

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

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

05 DEZ. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Patente 20 de Setembro de 2017

Local e Data

JOSE RONALDO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CARTA



VITIMA: JOSÉ RONALDO DA SILVA

CPF: 112.627.114.44

ASSUNTO: ALTO DECLARATÓRIO

31701652761

VENHO POR MEIO DESTA INFORMAR QUE SOFRI
UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO)

MOMENTO ESTE QUE FUI PARA MINHA RESIDÊNCIA E NÃO
MIA SENTINDO BEM FUI ATÉ O HOSPITAL NO 4º DIA,
PARA O HOSPITAL REGIONAL DOS PALMARES - PE, ONDE
RECEBI TODOS CUIDADOS MÉDICOS. ESPERO QUE
A SEGURADORA LIDER APROVE O MEU PROCESSO,
POIS NA PRÓPRIA FICHA DE ATENDIMENTO CONSTA ACIDENTE
DE MOTO. CASO NÃO SEJA APROVADO, IRÉI ATÉ A
JUSTIÇA PARA QUE EU TENHA O RESULTADO QUE DESEJO.

FICO NO AGUARDAR O MAS BREVE DE UMA PERÍCIA MÉDICA!

JOSÉ RONALDO DA SILVA


JOSÉ RONALDO DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 MAR. 2018

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469346/17
Vítima: JOSE RONALDO DA SILVA
CPF: 112.627.114-44

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/03/2016
Titular do CPF: JOSE RONALDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/03/2018
Nome: CAMILA MARIA DA SILVA
CPF: 086.122.874-05

CAMILA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

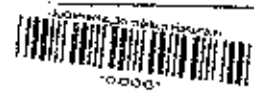
Data do cadastramento: 22/03/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

31/7/16 52761

SIS 1-7162

James



Pernambuco



Data do Atendimento: 02/03/2016 Hora: 14:08:26 PRONTUÁRIO: 171122
 No. Atendimento: 466014 Urgência / Emergência Colaborador: ANACB
 Prioridade: AMARELO - URGENCIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS:

Nome: JOSE RONALDO DA SILVA Sexo: Masculino
 Data de Nascimento: 11/03/1992 Idade: 20 Anos, 11 Meses e 20 Dias C.I.:
 Filhos ou responsáveis: CICEIA MARIA DA SILVA / NAO INFORMADO
 Endereço: TRAVESSA DA OLARIA, 1 - LAGE GRANDE - 53400000
 Cidade: CATENDE Tel.: 8191945245 Hora do Atendimento:

05.802.494/0001-11
 05.802.494/0001-11
 05.802.494/0001-11

Queixa Principal: Paciente com fratura de 2º, 3º e 4º MTT (D) 4 dias

Exame Físico: Geral via aérea está pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura:
 Respiratório:
 Circulatório:

Exame Neurológico: Eficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisocônicas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Ex: Abdomen:
 Diagnóstico Inicial: Fratura de 2º, 3º e 4º MTT (D)

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica
 Exames Solicitados: 2 - Especializados

Intervenções e Procedimentos: Toda foto de cometação / Amp. Tr

Queixa Principal Relatada e Classificação de Risco: PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO, RELATA DOR NO PÉ DIREITO

Alergia:

Observação: 05.802.494/0001-11 TRACÃO CORRETORA DE SESSOROS LTDA

Indicação: ALERGIA MEDICAMENTOSA

Evolução da Enfermagem 05 DEZ. 2017 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 B.L.C Boa Vista - CEP: 50.060-310


Destino do paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro Condição do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Dr. Daniel Sanches
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PE 19149

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder nos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469346/17
Vítima: JOSE RONALDO DA SILVA
CPF: 112.627.114-44

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/03/2016
Titular do CPF: JOSE RONALDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO:

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 5194 / 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 cancela 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: 04/07/2018
Nome: CAMILA MARIA DA SILVA
CPF: 086.122.874-05

CAMILA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

À: Lider



0005

11/05/2019

CPF: 112.627.114-44

Sinistro: 3170/652761

De: Jose Ronaldo da Silva

Assunto: Ato Declaratório

Deixo informar a Seguradora LIDER DPVAT que não fui socorrido pelo SAMU e sim por populares que passavam no local que me levaram para o Hospital Regional de Palmas. Se o analista observar na ficha do Hospital consta o Acidente de trânsito.

Por esse motivo informo que não tenho mais nem uma documentação médica para mandar para a seguradora.

Diante deste quadro colocome à disposição para realização de uma perícia médica.

Fico no aguardo!

JOSE RONALDO DA SILVA
Ass:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 ABR 2019

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

Data do Atendimento: 02/03/2016 Hora: 14:08:26 PRONTUÁRIO: 171122
 No. Atendimento: 466014 Urgência / Emergência Colaborador: ANACBL
 Prioridade: AMARELO - URGENCIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS:
 Nome: JOSE RONALDO DA SILVA Sexo: Masculino
 Data de Nascimento: 11/03/1992 Idade: 23 Anos, 11 Meses e 20 Dias C.I.:
 Mãe ou responsáveis: CICERA MARIA DA SILVA / NAO INFORMADO
 Endereço: TRAVESSA DA OLARIA, 1 - LAGE GRANDE - 55400000
 Cidade: CATENDE Tel.: 8191849248 Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:
 Paciente com fratura
 do 2º, 3º e 4º MTT (D) há
 4 dias

Exame Físico:
 Geral via aérea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura:
 Respiratório:
 Circulatório:

Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora
 Escora: Hora: Escora: Hora: Escora: Hora:

Ex. Abdomen:
 Diagnóstico Inicial: fratura do 2º, 3º e 4º MTT

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica
 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:
 Toda foto
 de cometo e 1 amp. IV

Queixa Principal Relacionada Classificação de Risco:
 PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO RELATA DOR NO PÉ DIREITO

Região:
 Observações:
 REFECA ALERGIA MEDICAMENTOSA
 PA: 140X90
 Evolução de Enfermagem
 05.802.494/0001-42
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 24 ABR 2016
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 RECIFE - CEP 50.060-010

Destino do paciente: () Alta para casa () Encaminhamento para Ambulatório () Internação () Alta Melhorada
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
 Condição do Paciente: () Maltratado () Inalterado () Plorado
 Dr. Daniel Sanchez
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 16148

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0469346/17
Vítima: JOSE RONALDO DA SILVA
CPF: 112.627.114-44

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/03/2016
Titular do CPF: JOSE RONALDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela 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: 24/08/2018
Nome: CAMILA MARIA DA SILVA
CPF: 086.122.874-05

CAMILA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



05/07/2014