

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 reasseguro.

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 maria José da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.084.514 / 96 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Helene dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.780.674 / 01 do sinistro de DPVAT cobertura imobilizar da Vítima Jose Helene dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.780.674 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua Quatro	Número	133	Complemento			
Bairro	Centro	Cidade	São Joaquim do Monte	Estado	PE	CEP	55670-000
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	(16) 9668-4816		

São Joaquim do Monte de 06 de 2018 05.802.494/0001-41
 Local e Data TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Xmaria José da Silva Santos
 Assinatura do Declarante

23 JUL 2018
 Rua da Aurora, nº 175, SE 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Identificação	Médico Regulador		TARM			Operador de frota	
	Data	Hora	ID	Nº ocorrência	Unidade Móvel	Base da unidade	
	03/02/2018	05:30	0043	4.230	VSB	S. J. M	
	Endereço da ocorrência		PC 332 ultim da feira da sertão de sertão de sertão			Nº	
	Bairro		Município				
	Ponto de referência		S. J. M				
	Nome da vítima		Helena			Idade	Sexo
	Solicitante / Fone					30	M
						Cartão de saída - SUS	

 Queixa: Queda Moto

Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino	Chegada na base
-------------	---------------	------------------	----------------	--------------------	------------------	-----------------

 Transferência (senha): _____

Tipo de Agravio:

- Acidente Trânsito Queda moto
 Pedestre
 Condutor do veículo
 Passageiro do veículo
 Agredido
 Clínico
 Desabamento / Soterramento

 Electrocussão

- FAB
 FAF
 Gineco-obstétrico
 Lesões térmicas
 Pediátrico
 Psiquiátrico
 Quase Afogamento

 Queda _____ Menor

- Queimadura
 Térmica
 Química
 Elétrica
 Outros

Antecedentes:

- AIDS
 Alcoolismo
 Alergia
 AVC
 Cirurgias Realizadas

 Convulsões

- Diabetes
 Doença Cardíaca
 Doença Infeção contagiosa
 Doença Mental
 Doença Renal

 Drogadição

- Hipertensão Arterial
 Internamentos anteriores
 Medicamento
 Problemas Respiratórios
 Outros

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Queixas
 Agitação/agressividade
 Alergia
 Ausência de pulso
 Cianose

 Convulsão

- Diarréa
 Dificuldade Respiratória
 Dor Local
 Febre
 Inconsciente / Desmaio

 Palidez

- Sangramento
 Vômito
 Outros

 Início dos Sintomas: Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mais de 4 horas Mais de 24 horas Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O2 %	Escoço de Glasgow
Inicio:	340180	88	19		122	98	15
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

- Via Aérea:
 Livre
 Obstrução Parcial
 Total
 Corpo Estranho
 Branca Aspiração
 Edema de Glote
 ORS

 Auscultar: Crepitação Enfisema Subcutâneo Expectorado mucoso/purulento Hemoptise Halluc Edíco Outros

- Respiração/Ventilação:
 Espontânea
 Forada Respiratória
 Assistida
 Rítmo Irregular

- Auscultar:
 Normal
 Roncos/obstritivos
 Estrangulados
 Diminuição MV
 Ausência MV

- Expanibilidade:
 Normal
 Superficial
 Regular
 Irregular

CIRCULAÇÃO:

- Pele: Clara Fria
 Ausente Polpátil
 M. Inferiores M. Superiores
 Normal Retardada
 Ausente
 Regular Irregular
 Normal Hipofoneze
 Normal Alterado
- Edema: Ausente M. Inferiores Ausente
 Ausente Ausente
 Ausente Ausente
 Ausente Ausente
 Ausente Ausente
- Perfusão: Normal Ausente
 Ausente Ausente
- P脉: Regular Irregular
 Ausente Ausente
- Arteria: Normal Ausente
 Ausente Ausente
- ECG: Normal Alterado
- Umida: Ausente Ausente
 Ausente Ausente
- Normal: Ausente Ausente
- Pálida: Ausente Ausente
- Quente: Ausente Ausente

05.802.494/0001-41

 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2018

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

Principais Lesões	Cérebro	Face	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	ABDÔMEN	PELVIS	MS		ML	
								E	D	E	D
Asfixiação											
Contusão											
Escuração											
Emoção/estresse											
Perfuração											
Contuso											
Vest. Fechada											
Vest. Aberta											
Lacerção											
Luxação											
Quedanha											
Quedanha %											

OBSERVAÇÕES:

Vítima apresenta lesões graves e extensas, orientação parcialmente alterada, possivelmente devido a lesões cerebrais. Pode haver lesões ósseas e/ou articulares, bem como lesões de tecidos blandos e/ou lesões de tecidos duros.

EXAME NEUROLÓGICO:

- Agitação
- Somnolência
- Coma
- Confusão
- Convulsões
- Otorrinite Direita
- Otorrinite Esquerda
- Sinal Bayle Direito
- Sinal Bayle Esquerdo
- Sinal de Guzinho Direito
- Sinal de Guzinho Esquerdo
- Rigidez de Neck
- Afonia

- Ataxia Direita
- Ataxia Esquerda
- Abdome Direito
- Abdome Esquerdo
- Paralisia
- Paraparesia
- Anestesia

- Paraparesia
- Arreflexia
- Pupila reagente
- Pupila não reagente
- Outros:

SEGMENTO:

- Pescoço:
 - Derrame Traqueal
 - Normal
 - Higado/Jugular
 - Enfisema Subcutâneo
 - Outros:

Abdômen:

- Distensão: Ascite
- Doloroso / Difuso
- Exploromegalia
- Hepatomegalia
- Irritação peritoneal
- Normal
- Outros:

Urogenital:

- Anúria
- Glandula Direita
- Glandula Esquerda
- Hematuria
- Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abortamento Hemorragia vaginal Normal Ressecante Outros:
- Trabalho de parto: 01 cont/10m 1-3 cont/10m 3-5 cont/10m Balto roto Sangramento Nascimento
- Parto vaginal Genital Líquido atelectal
- APGAR: _____

- #### PROCEDIMENTOS:
- Desinfecção Vias Aéreas
 - Exame da Nasotrófase
 - Cálculo Otorríngeo
 - Cricotriptostomia
 - Ventilação Mecânica Ambu.
 - Respirador
 - Inalação O2
 - Toracocentese c/ agulha Direita

- Toracocentese c/ agulha esquerda
- Drenagem Torácica Direita
- Drenagem Torácica Esquerda
- Massagem Cardíaca Externa
- Desfibrilação/Cardivessão
- Controle Hemorrágico
- Curativo
- Fimômetro Venoso periférico
- Fimômetro Venoso Central

05.802.494/0001-0
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTD
23/01/2019

Diagnósticos:

TERAPÉUTICA

Resposta Vascular	Volume	Medicações	Via	Hora
Riopeptilactato				
Sol. Ringer 0,9%				
Sol. Glucosado 0,5%				
Outros				

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: U. M. P. C. D

MUNICÍPIO: S. J. M

INTERCORRÊNCIA:

PERTENÇE DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da visita	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
DR. X. X. X.		P. P. P.	Regulador

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todas as finas que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, neste ato!

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

Dr. Túlio Galvão

Assinatura e Cartório do médico
CRMPE 26088

HORA:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

HR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 387087 Prontuário: 313228
 Nome: JOSE HELENO DOS SANTOS
 Data Nasc.: 13/02/1979 Idade: 38 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG:
 CNS: 898004540154305
 Endereço: BAIRRO DA CRECHE Nº: 133
 Bairro: DO AGRESTE Cidade: SAO JOAQUIM DO MONTE Estado: PE
 CEP: 55670000 Fone: 37199409 Profissão: AGRICULTOR
 Nome da Mãe: ROSA MARIA DA CONCEICAO
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 03/02/2018 11:39

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente veio de acidente de moto com trauma em antebraço
esq. por DIAFRATO

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

- Fract. exp. em pr. diafrato.
- Desarranhado em antebraço DIAF.

Rx: fr de 2º e 3º MIT D

Diag. Provisório:

fr. lux. gástrica em antebraço dir.

01: os. cefalotino 5g + 10 (cv) 1x/dia
 02: SI T 5000 UI (am)
 03:禁食禁水禁煙
 04: no bloco cirúrgico

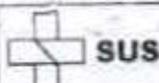
Prescrição:

Dieta: _____

Data:

Horário: _____
 Marca: _____
 Crédito: _____
 C.R.E.C.: 10100

		05.802.494/0001-41
		TRABALHO CORRETORA
		DE SEGUROS LTDA
		23 JUL 2018
		Rua 64 Avenida, Nº 175, Sl. 902 BLO
		Boa Vista - CEP: 50.080-010
		RECIFE - PE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José helena das sombras

6 - N° DO PRONTUÁRIO
3122223

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Male Female

10 - RAGACOR

000

12 - FONE DE CONTATO

000

14 - FONE DE CONTATO

000

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fev. de 2010 a 2011 + fr. leu de
oncologia direta per. A. de moto

05.802.494/0001-41
TIA LÂO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ao acimo

23 JUL 2013

Rua da Aurora, N° 175, S. 902 BL C
Bom Vista - RJ - 20.060-010

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx. fev de 2011 MTRD + fraturu - lux. gollezzi am
mto.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID-10 PRINCIPAL

25 - CID-10 SECUNDÁRIO

26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

luxo exposto de esco de mto

5528

0408020407

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fract. de protura exp de esco de mto. t

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

1021308751304

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (ONS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Monica Paula

ICNS

YCP

021308751304

021308751304

021308751304

021308751304

021308751304

021308751304

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - IACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - IACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - IACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

40 - EMPREGADOR

41 - AUTÔNOMO

42 - DESEMPREGADO

43 - APOSENTADO

44 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

021308751304

48 - DOCUMENTO

ICNS

49 - N° DOCUMENTO (ONS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

YCP

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

261810390637-4

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente:	Jose Helens dos Santos	Nº do Registro:	333028
Clinico:	Ortopédico	Nº da Leito:	
Operador:	Luiz Paulo	2º Assistente:	
1º Assistente:	Manoel Panto	Anestesiista:	
Instrumentador:		Duração:	
Anestesia:			
Data da Operação:	início		Termino:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura luxação galliegg de anelarcoide dir + frt exposto de ossos de pedrinha.

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Tratar. De pt. exposto de ossos de pedrinha + desassentar o proturso luxado de galliegg cl placa e parafuso. Operação Realizada: A mesma.

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO 23 JUL 2018

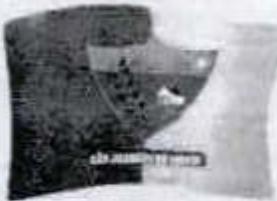
1) Paciente em 0011006 anestesia

Rua da Aurora, nº 175, 11.000 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECEPTE

- 2) Assentar anelarcoide + exposição de ossos de pedrinha em MIOEMSD
- 3) intérax em anelarcoide pelo uso de Thompson aí visualizar fios proturso em rosto direito.
- 4) Reduções oriento de fratura de rosto direito + desassentos com placa DCP 3,5 mm de 6 furos, e 06 parafusos carícais
- 5) visualizadas as reduções em ~~depois~~ drogue de rosto direito, mas com instabilidade do ARVD.
- 6) fixado ARVD com os fios K 2,5 / nôs los na unidade fio K com numero nôs menor) e visto parafusos e fios de fratura exposta.
- 7) Sutura de TCS, Reb e nôs 2-0 e nylon 3-0.
- 8) Realizado LMC + desassentamento de fratura exposta de ossos de pedrinha e sutura cl nylon 3-0.
- 9) curativo 10) Tolo essendo feito em MIO D

PREFEITURA MUNICIPAL DE
**SÃO JOAQUIM
DO MONTE**
MAIS TRABALHO, NOVAS CONQUISTAS.



ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADES HOSPITALARES

DATA: 07/10/2018

Nome: José Alves da Silva - 79 Anos

Endereço: _____

Data de Nascimento: 13/10/21/74

Prontuário: _____

Situação Clínica

Presente de acordo, se faz a seguinte
observação, o paciente se passava em ótimo
e ótimo quadro de P.C.

H.R.A.

82.55.089

W. J. A.
05.802.494/0001-41

Hipótese Diagnóstica: _____

05.802.494/0001-41

TRAIÁO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Motorista: _____

Unidade de Referência: 23 JUL 2019

Senha da Central de Regulação: _____

Rua da Aurora, nº 175, SE 902 BL C

Baixa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Juarez

Prontuário: 373228

Data: 06/07/18 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

1º dia de febre
1º dia de dor

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

05.802.494/0001-41
TRIAGEM CURRETORA
DE SEGUROS DIA

23 JUL 2018

Rua da Aurora, 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

TRATAMENTO REALIZADO:

1º dia: febre alta febril
2º dia: dor abdominal
3º dia: dor abdominal

Alta Hospitalar: Data: 06/07/18 Hora: _____

Dr. Alexandre Rego
Residente Cirurgia do Joelho
Assento 0650 IET 5885
Assessor Médico e CRM
Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado

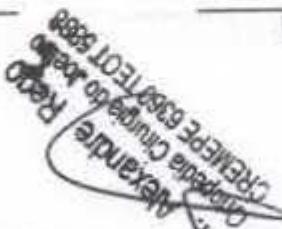
portador da Carteira Profissional nº _____
série _____, necessita de _____

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença.

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

ASS. do Médico - CRM Nº



NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

05.802.494/0001-41
TRIÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2013

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Jair Melton Barros

Prontuário: 313228

Data: 06/02/13 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura do molar. 0

Fratura de 2º molar da D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

crcc de 5

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2013

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento cirúrgico feito de
extensão óssea com cr

Blogar com sutura

prótese cerâmica feita a traçado

Alta Hospitalar: Data: 26/02/2013 Hora: _____

28.03.18

Jair Melton Barros
Barros -

DR. Alexandre Repp
Odontologia Crônica e Joelho
ASSESSOR 6360 TEOT 5888

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2019

Rua da Aurora, 1175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Boa Vista



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2016

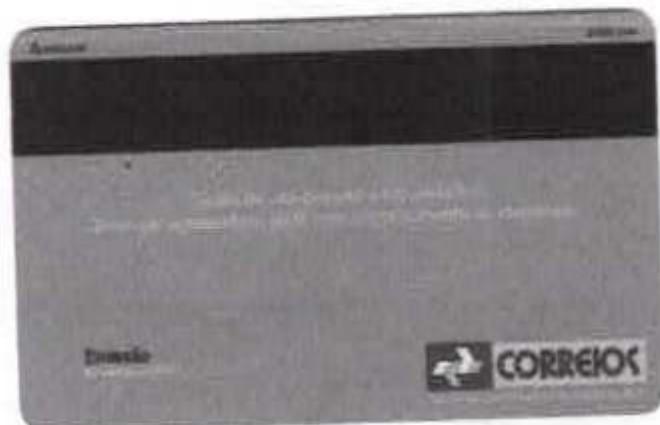
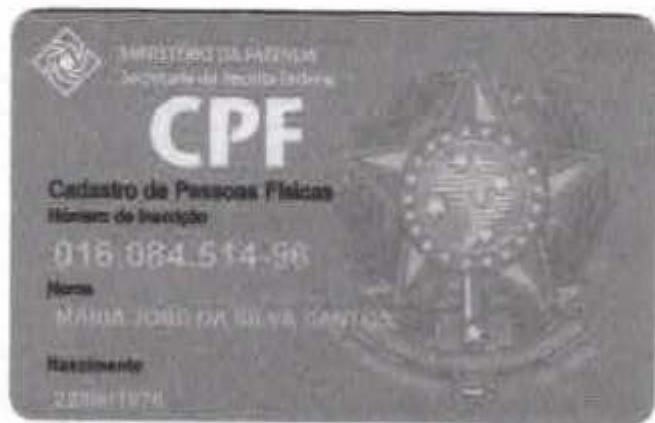
Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BLC
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE/PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2019

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



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2013

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN-PE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EX-02	
VEÍCULO	CEP/UF/PLACA	VEÍCULO	CEP/UF/PLACA	ANO	2017
1	495966919	*****	*****	ANO	2017
LUCIANO JOSÉ DA SILVA					
S. JOAQUIM MONTE-PE					
073 085 574-05	PF51488	073 085 574-05	PF51488	073 085 574-05	PF51488
***** A8	9028C167008414193	***** A8	9028C167008414193	***** A8	9028C167008414193
PAS / MOTOCICLÍSTICA					
RODÍZIO/CC 150 PAN ESI	ALCOO/GASOL	RODÍZIO/CC 150 PAN ESI	ALCOO/GASOL	RODÍZIO/CC 150 PAN ESI	ALCOO/GASOL
2P/149CL	PARTIC	2P/149CL	PARTIC	2P/149CL	PARTIC
1	IPVA 2017 QUITADO	1	IPVA 2017 QUITADO	1	IPVA 2017 QUITADO
P	*****	P	*****	P	*****
V	1	V	1	V	1
A	*****	A	*****	A	*****
MEMO DE AVALIAÇÃO DE PREÇO DE VENDA					
SEGURADO/SPACO/IRIO OBRIGATÓRIO					
SEM RESERVA					
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO					
NAO VÁLIDO PARA TRANSPORTE					
CENTRIN					
CENTRIN					

SEGURO DE OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 0134334800086 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUCIANO JOSÉ DA SILVA 55670-000

B. DA URCA/CR 5. JOAQUIM MONTE-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

DATA: 13/05/17

VALIDADE: 13/05/18

VALOR: 9028C167008414193

SEGURADORA LIDER - DPVAT

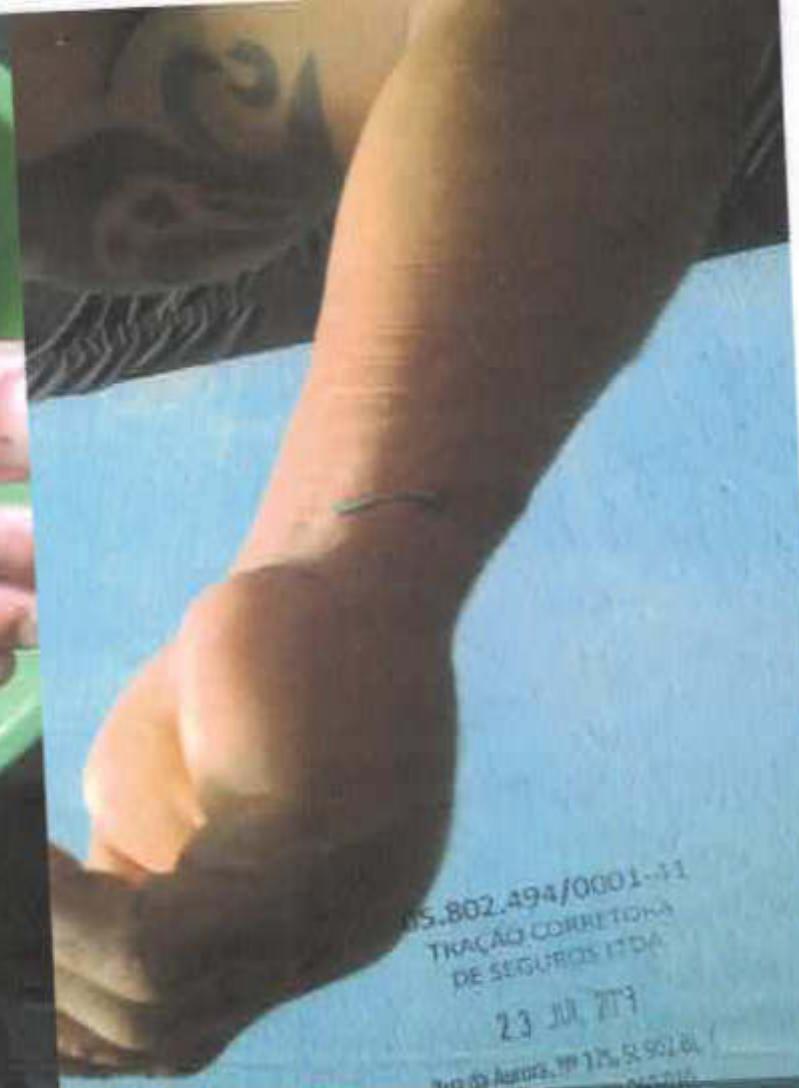
CNPJ 05.240.800/0001-04

DATA: 13/05/17
Assinatura: Andreu Scouan Rabatão
Diretor Presidente DETRAN/PE

DESTA, JOÃO E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELAS NÃO É DE POCOS CERCAVIO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JIL 2018
RUA DA AURORA, Nº 175, S. 902 BL. C
80316-020 - CEP: 50.064-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337072 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HELENO DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO GALEAZZI EM ANTEBRAÇO DIREITO.
FRATURA DE 2º E 3º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO E PÉ DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO E LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337072 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HELENO DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/02/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO GALEAZZI EM ANTEBRAÇO DIREITO.
FRATURA DE 2º E 3º METATARSO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO E PÉ DIREITOS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E PÉ DIREITOS.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	0%	R\$ 0,00
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br

LIVRO: 268-P - FOLHA: 117

TRASLADO: 1º

PROCURAÇÃO bastante que faz JOSÉ HELENO DOS SANTOS, na forma abaixo:

SABIA M/ quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, nos seis (06) dia do mês de abril do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOSÉ HELENO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 13-02-1979, portador da CI/RG nº 10.342.750-SDS/PE, e do CPF/MF nº 713.780.674-01, residente e domiciliado na Rua Quatro, nº 133, Centro, São Joaquim do Monte/PE - CEP: 55670-000., de passagem por esta cidade; reconhecido de mim, tabelião substituto, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: MARIA JOSÉ DA SILVA SANTOS, brasileira, viúva, alfabetizada, agricultora, nascida em 22-06-1978, portadora da CI/RG nº 7.673.453-SDS/PE, e do CPF/MF nº 016.084.514-96, residente e domiciliada no mesmo endereço do outorgante; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do outorgante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patricia de Melo, brasileira, portadora do RG. nº 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF nº 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. **Emolumentos líquidos R\$ 59,72; T.S.N.R.(20%) R\$ 13,27; FERC: R\$ 6,64.** Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de abril de 2018. (a) Janaina Patricia de Melo. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização apostado abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.FXC04201801.02742.

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Bezerros(PE), 06 de abril de 2018.

Em testemunha Marinaldo José de Vasconcelos da verdade.Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE2º TABELIÃO DE NOTAS
Bezerros - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267969/18

Número do Sinistro: 3180337072

Vítima: JOSE HELENO DOS SANTOS

CPF: 713.780.674-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/02/2018

Titular do CPF: JOSE HELENO DOS SANTOS

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

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 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: 12/09/2018
Nome: MARIA JOSE DA SILVA SANTOS
CPF: 016.084.514-96

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

MARIA JOSE DA SILVA SANTOS

Jose Soares da Silva Filho

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de:	JOSE HELENO DOS SANTOS
Nº Sinistro:	3180337072
Vitima:	JOSE HELENO DOS SANTOS
Data do Acidente:	03/02/2018
Cobertura:	INVALIDEZ
Procurador:	MARIA JOSE DA SILVA SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180337072**.

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

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HELENO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180337072
Vitima: JOSE HELENO DOS SANTOS
Data do Acidente: 03/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DA SILVA SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180337072**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HELENO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180337072
Vitima: JOSE HELENO DOS SANTOS
Data do Acidente: 03/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DA SILVA SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180337072**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HELENO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180337072
Vitima: JOSE HELENO DOS SANTOS
Data do Acidente: 03/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JOSE DA SILVA SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180337072**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 ou 0800 2212

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

713.780.674-01

Jose Helena dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Jose Helena dos Santos

CPF titular da conta

713.780.674-01

Profissão

Recluso - se

Endereço

Rua Quatro

Número

133

Complemento

Bairro

Centro

Cidade

João Joaquim de Monte

Estado

PE

CEP

55670-000

Email

Telefone (DDD)

1813 9596-5336

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

13920

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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 na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2019

São Joaquim de Monte, 06 de 06 de 2018

Local e Data

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

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Caixa Econômica Federal

ALFA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0181
OUVIDORIA 0800 725 7474

085-818607162-5

06/MAR/2018 HORA DF 11:08:27

L01: 15.11460-0 TERM: 025024
LOCALIDADE: SAO JOAQUIM DO MONTE
AC. VINCULADA: 4995 CONTROLE: 567806433

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4995 013 00013928-7

JOSE HELENO DOS SANTOS

05.802.494/0001-41
TRIÂNGULO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2019

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 POLICIA DA 97ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97°CIRC DINTER1/14°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0187000157**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/03/2018** às **16:00**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/2/2018** às **05:40**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 112, 1 - Bairro: CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

05.802.494/0001-41
TRAGÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
23 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// (AUTOR / AGENTE)
LUCIANO JORGE DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ HELENO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ HELENO DOS SANTOS

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

JOSÉ HELENO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSA MARIA DA CONCEIÇÃO**
Pai: **AMARO ANTONIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **13/2/1979** Naturalidade: **BONITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10342750/SDS/PE (RG), 71378067401 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81995965316**

Residencial: **RUA QUATRO, BAIRRO CRECHE - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 133 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUCIANO JORGE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO DA SILVA** Pai: **JORGE EMIDIO DA SILVA** Data de Nascimento: **13/4/1984** Naturalidade: **SAO JOAQUIM DO MONTE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA QUATRO, CRECHE - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

/// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANO JORGE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ HELENO DOS SANTOS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFS1488** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Rénavan: **495966819** Chassi: **9C2KC1670DR414183**
 Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE NO DIA 03 DE FEVEREIRO DE 2018, POR VOLTA DAS 05:40 DA MANHÃ, CONDUZIA NA PE 112, PRÓXIMO À FAZENDA DE SEBASTIÃO VAQUEIRO, UMA MOTOCICLETA HONDA 150 CG FAN, CUJO PROPRIETÁRIO É LUCIANO JORGE DA SILVA, E QUE AO TENTAR LIVRAR-SE DE UM BURACO PRESENTE NA RODOVIA ESTADUAL DESEQUILIBROU-SE E CAIU, SOFRENDO FRATURA NO MEMBRO SUPERIOR, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO. SEM MAIS, FAZ-SE CIENTE ESTA DEPOL.

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

Raimaria José da Silva Santos
JOSÉ HELENO DOS SANTOS
 (VITIMA)

Rafael Luiz A. Vieira



B.O. registrado por: **RAFAEL LUIZ ALENCAR VIEIRA** - Matrícula: **3874869**



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETÓRA
 DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2019

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 Helene dos Santos

CPF da Vítima

713.780.674-01

Data do Acidente

03/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Jose Helene dos Santos

CPF do Representante legal

713.780.674-01

Telefone (DDD)

(11) 39858-9662

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 atende 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.



(Assinatura)

11 de 10/06

Local e Data

 05.802.404/1001-11
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

 de 2018 23 JUL 2018
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 MZ 07 LT 01

Jose Helene dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 Helene dos Santos

CPF da Vítima

713.780.674-01

Data do Acidente

03/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Jose Helene dos Santos

CPF do Representante legal

713.780.674-01

E-mail

Telefone (DDD)

(11) 9 9858-9666

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:

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGURO LTDA

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 Lider 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.



02/02/2018

Local e Data

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGURO LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902-BB
BRAVIA, CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
0800 0221204

02/02/2018

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGURO LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902-BB
BRAVIA, CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
0800 0221204

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br

Traslado: 1º

LIVRO N° 247-F

FLS. 107

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, aos oito (8) dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: **JOSÉ HELENO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, analfabeto, nascido em 13-02-1979, filho de Amaro Antonio dos Santos e de dona Rosa Maria da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG. nº 10.342.750-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 713.780.674-01, residente e domiciliado na Rua Quatro, nº 133, centro, CEP: 55670-000, na cidade de São Joaquim do Monte - PE., de passagem por esta cidade; reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo Declarante, falando sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o Seguro DPVAT, me foi declarado que é residente e domiciliado na Rua Quatro, nº 133, centro, CEP: 55670-000, na cidade de São Joaquim do Monte - PE.; e não possui o laudo do Instituto Médico Legal - IML, pois não existe o mesmo em seu Município, declarando ainda, possuir conta no Caixa Econômica Federal - Agencia 4995, conta poupança de nº 13.920-7. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assina; dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro; ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do declarante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digital, assina Maria José da Silva Santos, brasileira, viúva, agricultora, nascida em 22-06-1978, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.673.453-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 016.084.514-96, residente e domiciliada na Rua Quatro, nº 133, centro, CEP: 55670-000, na cidade de São Joaquim do Monte - PE.; dou fé. Emolumentos líquidos: R\$ 147,74; FERC: R\$ 16,42; TSNR: R\$ 32,83 (trinta e dois reais e oitenta e três centavos). Eu, (a) Mauricio José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitei, subscrevo e assino. Bezerros, 08 de agosto de 2018. (a) MARIA JOSÉ DA SILVA SANTOS. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.LCB07201801.00346. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Bezerros (PE), 08 de agosto de 2018.

Em testemunho Mauricio José de Vasconcelos da verdade.

Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião de Notas

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

ESTADO DE PERNAMBUCO
RUA DA AURORA, Nº 175, S1. 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.050-010ESTADO DE PERNAMBUCO
RECIFE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a ficha de atendimento
Nº 314.205 do(a) Paciente: José Nelmo dos Santos
Documentação de identificação nº 10342750 Org. Exp. SSP-PE
Data de exp 02/10/2016 Nascido em 13/10/1979 Filho(a) do
Amaro Antônio dos Santos e Rosa Maria da Conceição.
Onde conta que o (a) é agricultor(a) é verídico e encontra-se à disposição do INSS
para diligência.

Obs:

Houve uma rasura no ato do preenchimento
no campo de informação no nome do paciente,
erro esse cometido pelo encarregado.

05.802.494/0001-41
TRIÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 JUL 2018
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

São Joaquim do monto, 08/02/18

Jairine Gregorio da Silveira

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 03/02/18 Hora 06:00 Registro 374.203

Nome José Henrique dos Santos

Data de Nascimento 13.02.79 Idade 39 anos Sexo M

Endereço/Procedência R-464 Cracete

Naturalidade Benito Profissão agricultor Cor Parda

Responsável Helena Rosa dos Santos Identidade 20.342.750
(Cinza)

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal Dúlio de moto há 3 horas.

Dados Clínicos

Hipótese Diagnóstica Fratura em pé direito com saída de
material sanguíneo?

Exames Solicitados

Tratamento Proposto

Exames Fisico Dúlio cinturão de segurança na cintura. Cintura
e costela contusas. Fc: 60 bat. ext. bat. 130 bat. →
Evolução/Prescrição paciente cinturão automobilístico no 1. hora.
Nego tratamento (excepcional), nego ponto de cura
nega vontade.Rx: Diclofenac 100mg + BPI, 1x, 06:00
Rx: Sifam 500mg, 1x, 06:00

Diagnóstico Inicial Fratura em pé direito? Fratura do pé?

Diagnóstico Definitivo

Douglas Góis
CRM-PE 20029Dr. Túlio Galvão
Médico

CRM-PE 20029

DESTINO DO PACIENTE

Internado p/ observação Liberação p/ Residência com medicação aplicada Liberado p/ residência c/ medicação prescrita Transferência p/ outra cidade Alta pedido Óbito

Transferido para

H.R.A. 5755084

Avenida Estácio Colmbra N° 45 - CEP: 55070-000 Fone: 3753-1110 TMV

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.001/0001-43

• DASSE VACÔDE

- Parastasia*
- Amphelictus*
- Papilio rumanus*
- Papilio ulysses rumanus*
- Other:

EXAME NEUROLÓGICO

- [Caterpillar](#)
- [Krausnick](#)
- [Lemke](#)
- [Mitsubishi](#)
- [Orenstein](#)
- [Orenstein & Koppel](#)

SEGUIMENTO:
Pessoal
 Desenv. Tropicais
 Nacional
 Desenv. Regional
 Desenv. Subnacional
 Outros

CINECO-AUSTRIA

Abortamiento Hemorragia vaginal Normal
 Tránsito de parto: 0-1 cent./10m 1-2 cent./10m
 Fuerza física General Muy buena/Excelente

PROCEDEMINTOS

- Desobediente Pela Árvore
- Desobediente Autodescrevente
- Comun Ocorrencias
- Criação Qualitativa
- Testificante - Mestres das árvores
- Raparigas
- Instituto 03
- Testificante de Agnus Dei

Deng Xiaoping

THEATRE

DESTINO: A FOLHA DA UNIVERSIDADE

Министерство
Социальной политики

INTERDISCIPLINARIA

PERTENCES DO MERCANTE

Descrição	Nome e função do recrutar	Número de recrutar

1000000000

hidden Register

Digitized by srujanika@gmail.com

Entertainment Weekly 143

THE BOSTONIAN

WHAT ARE THE MECHANISMS?

TERMOS DE RECONHECIMENTO
Declaro para todos os fins que estou recebendo o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL ALGESTE, nessa oportunidade.

Key CIV-

CONTINUATION

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: 21/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE HELENO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04995

CONTA: 000000013920-7

Nr. da Autenticação D8DE3D4566A740B7