

Comprovante de residência



ETIM



CTC RECIFE PE PL8
GEANE DA SILVA COUTINHO
RUA DA ALEGRIA, 317 - CASA
CENTRO
55700-000 - LIMOEIRO - PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 DEZ. 2016

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

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro



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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Gláucio da Sida Coutinho, portador(a) do RG nº 5.237.115, expedido por SDS - PCE, em 06/12/2011, CPF/CNPJ nº 029.648.794-51, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Ziládo Gencáles da Sida, do sinistro de DPVAT da natureza Trânsito da vítima Ziládo Gencáles da Sida, e conforme determinação da Circular Susep nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou - se Renda Mensal: R\$ Recusou - se

Documentos comprobatórios: Recusou - se

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Gláucio da Sida Coutinho
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIARIO

09 DEZ. 2016

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

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu Geane da Nobrega Gonçalves

RG nº 9.179.221 data de expedição 07/02/2011,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 107.810.584-26, com
domicílio na cidade de Orobó, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Monte Alegre, nº 130,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víma Zilda Gonçalves da Silva, cujo o condutor era
Zilda Gonçalves da Silva.

Veículo: motocicleta Honda NXR 150 Bros ES

Modelo: 2008

Ano: 2008

Placa: KKM-9426

Chassi: 9C2KD03308R058135

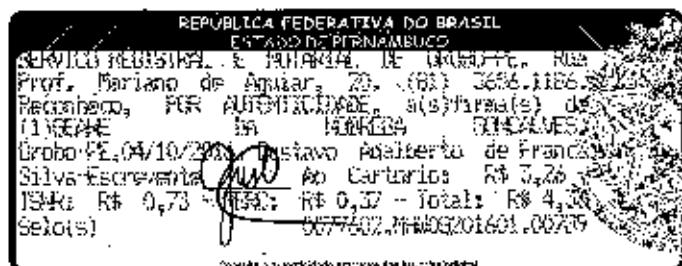
Data do Acidente: 01/09/2016

Local e Data: Orobó, 09 de outubro de 2016.

x Geane da Nobrega Gonçalves

Assinatura do Declarante

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



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 DEZ. 2016

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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00123368-8 Idade: 47 ANOS, 9 MESES
 Nome: ZILDO GONÇALVES DA SILVA Dt. Nasc.: 10/11/1968 Sexo: M
 Endereço: SITIO MONTE ALTO
 Cidade: OROBÓ/PE Bairro: ZONA RURAL
 Documento: C13821595 SSP / PE CNS: 704109171536171 Sisprenatal:
 Mae: MARIA JOSE DE JESUS Pai: ESEVERTINO GONÇALVES DA SILVA
 Profissão: MACHANTE Responsável: MESMO



8

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
02/09/2016 14:30	0285858	QUEDA

PRE-CONSULTA		Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()		
Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico	Tratamento
<p>Doenças pulmonares</p> <p>após queda com mal-estar</p> <p>neg.</p>	<p>- Tala testa (D)</p> <p>- Tala fratura (paciente)</p> <p>05.802.494/0001-41</p> <p>TRACÃO CORRETORA</p> <p>DE SEGUROS LTDA</p> <p>89 DEZ. 2016</p> <p>Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC</p> <p>Boa Vista - CEP: 50.060-010</p> <p>RECIFE-PE</p>

Exames complementares	Impressão diagnóstica	CID
	<p>Fam. de mto (E)</p>	

Motivo da saída:	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

Justificativa:	Consultas / Atendimento Médico:	MÉDICO / CRM
	<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada	 HORÁRIO

Encaminhado:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO
Removido:			
Óbito:			
às ____ h ____ m do dia ____			
Data saída:			
Hora saída:			



CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ
HOSPITAL SEVERINO TÁVORA
RUA 10 DE JANEIRO N 17-1 ANDAR-CEP-55745000-OROBÓ-PE
C.N.P.J.10.605.798 0001-59-FONE FAX:081 36561124

SÉRVICO DE PRONTO ATENDIMENTO

DATA/HR/016	HORA: 20:18	REGISTRO: 97-134
NOME: Filólio Góescaias da Silva		
ENDERECO: Sítio Boqueirão		
BAIRRO: Tomé Risal CIDADE: Recife		
NASCIMENTO: 10/11/1968 IDADE: 45 anos SEXO: M COR: P		
RESPONSÁVEL: O meymo		
ENDERECO DO RESPONSÁVEL: Omeymo		
PROFISSÃO: agricultor		

DADOS DO ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO		
por	modo	
<input checked="" type="checkbox"/>	Automóvel	Atropelamento
<input type="checkbox"/>	Ônibus	Colisão
<input checked="" type="checkbox"/>	Moto	Capotamento
<input type="checkbox"/>	Outros	Outros
		IGNORADO

EXAME FÍSICO:

PA FC RPM TEMP HGT

AGRESSÃO		
por	modo	
<input type="checkbox"/>	Arma de fogo	Assalto briga
<input type="checkbox"/>	Arma branca	Ação pública
<input type="checkbox"/>	Espancamento	Agressão sexual
<input type="checkbox"/>	Outros	Outros
	IGNORADO	IGNORADO

ACIDENTE DE TRABALHO

origem		
<i>Acidente de moto - Com golpe contuso e perfurante tanto no pé direito</i>		
Construção civil	Agricultura	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Par		
<i>1 - Sutura</i>		
<i>2 - Urticária AF a IM</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

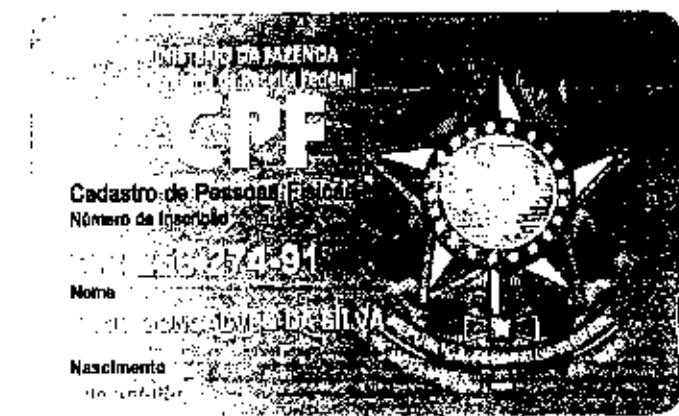
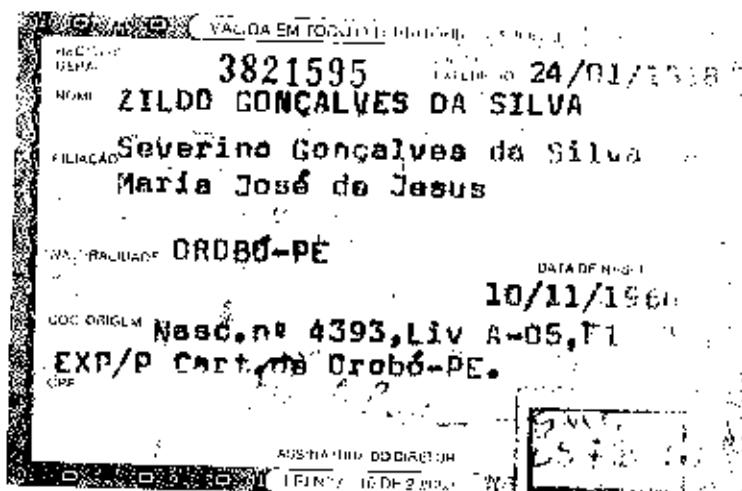
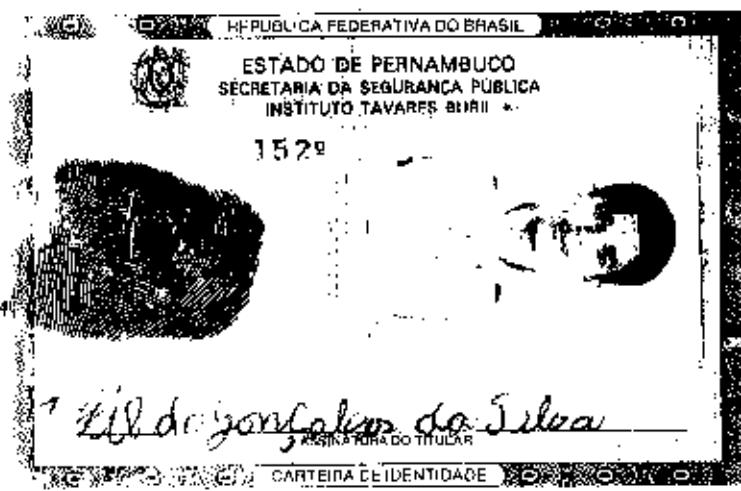
OUTROS TIPOS DE ACIDENTES		
<i>Dr. Wellington SOLSIC</i>		
<i>Medico CRM/PE 20817</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LOCAL DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SOLUÇÃO: () ALTA () OBSERVAÇÃO () ADMISSÃO () TRANSFERÊNCIA

Ambiente de trabalho () IGNORADO



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 DEZ. 2016

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

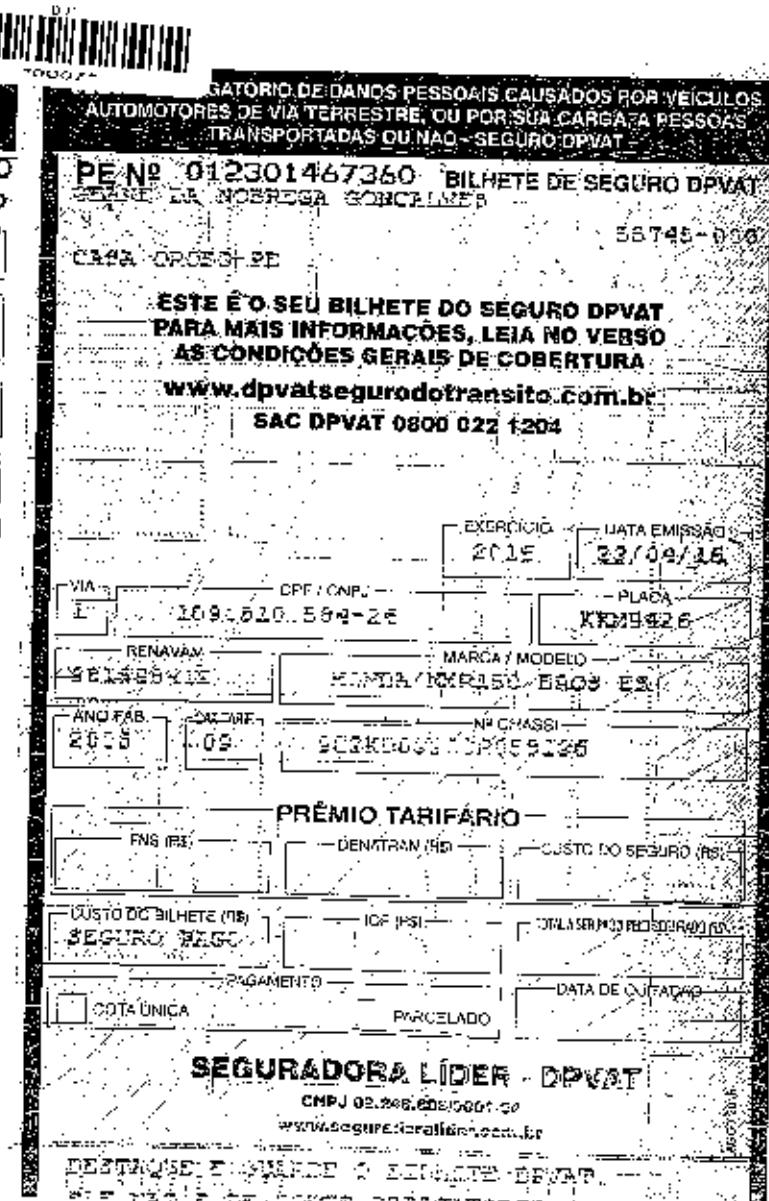
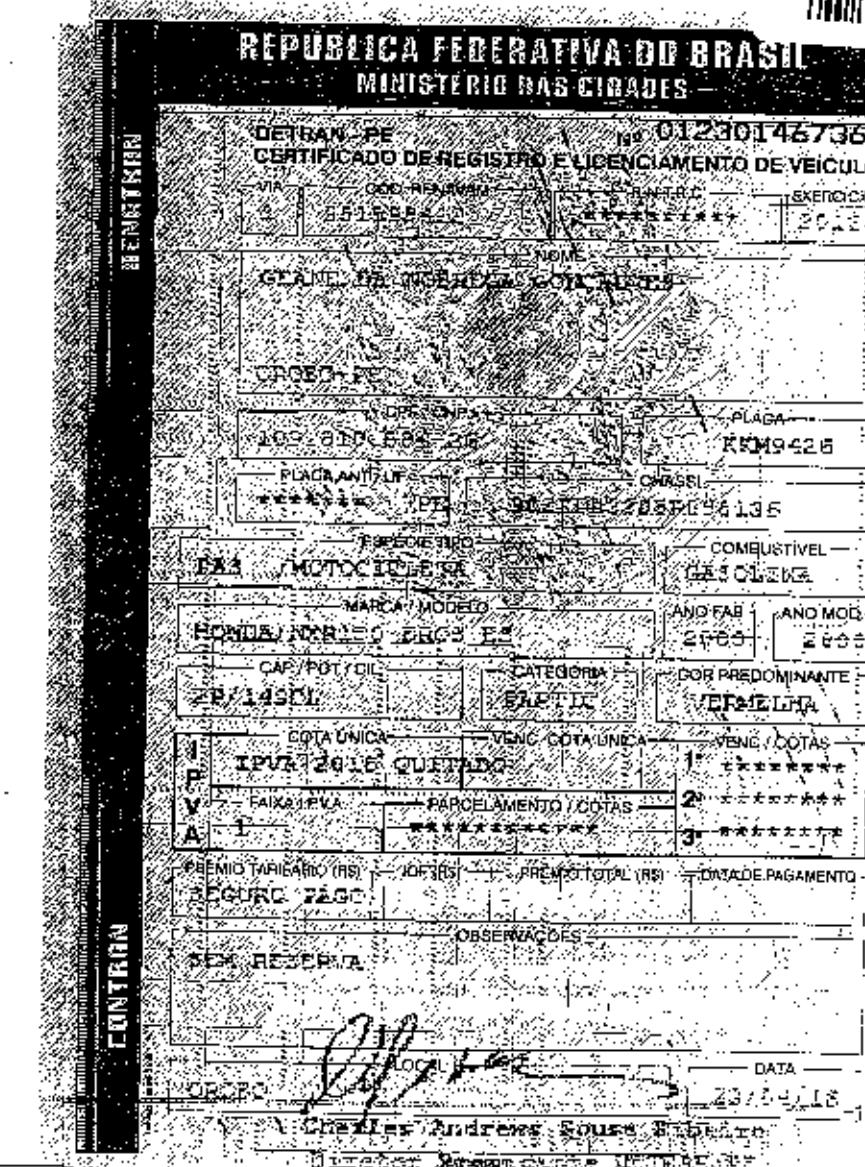
Centro
(081) 99938-8886
(081) 99137-5364



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

9.9. DEZ. 2016

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PE/CEPE-PE



05.802.494/0001-41
05.802.494 CORRETORA
TRACOS ITA
DE SEGUROS
09 DEZ. 1996
RUA DA AURORA, Nº 175, S/ 902 Bl. C
RUA DA VISTA - CEP 50.060-010
BOM VISTÃO
PARAIBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
MINISTÉRIO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO SANTOS-DONF

0BR-35



Geane da nobrega gonçalves

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	9.179.221
DATA DE EXPIRAÇÃO 07/02/2011	
NOOME	« GEANE DA NÓBREGA GONÇALVES »
PAI/MAE	« WILDO GONÇALVES DA SILVA » « ANA LUCIA SARAIVA DA NÓBREGA »
MUNICÍPIO	OROBO - PE
DATA DE NASCIMENTO 12/09/1995	
DOC. INTERIOR	« CI 15401 L 15A F 220 CART. OROBO-PE 27.05.1995 »
CPF	109.810.534-26
ANEXO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE LEIA N.º 1605200669	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 DEZ. 2010

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Bos Vista - CEP: 50.060-010
PE/CEP-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160732430 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZILDO GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160732430 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ZILDO GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPIANO ESQUERDO.

Descrição do exame APRESENTA DÉFICIT RESIDUAL DE FORÇA DE PREENSÃO NA MÃO. QUEIXA-SE DE DOR NOS DOIS PÉS, PORÉM EM **médico pericial:** BAM HÁ O RELATO DE FERIMENTO PERFURADO-CONTUSO SUTURADO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A SUTURA DE LESÃO NO PÉ E IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA MÃO.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcus Vinicius de Carvalho Freire

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao abaixo transcritos.



outorgante e outorgado, os poderes

1. Outorgante Zildo Gonçalves da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 3.821.595, expedido por SSP/PE, em
24/01/1988, inscrito no CPF sob o nº 592.256.274-91, residente na
Sítio Monte Alegre, nº 130, complemento Casa, Bairro Zona Rural, cidade
Orobó, Estado PE.

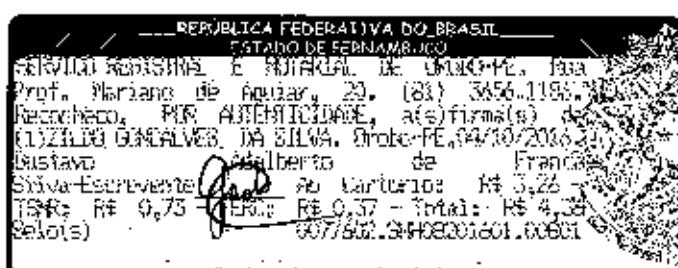
2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SDS/PE, em
06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na
Rua da Alegria, nº 317, complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Limoeiro, Estado PE.

Amplos 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.

Orobó, 09 de outubro de 2016

Outorgante Zildo Gonçalves da Silva



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 DEZ. 2016

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Bos Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10194578

A/C: ZILDO GONCALVES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160732430 ASL-1189309/16

Vitima: ZILDO GONCALVES DA SILVA

Data Acidente: 01/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10216521

A/C: ZILDO GONCALVES DA SILVA

Sinistro: 3160732430 ASL-1189309/16
Vítima: ZILDO GONCALVES DA SILVA
Data Acidente: 01/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10316075

A/C: ZILDO GONCALVES DA SILVA

Sinistro: 3160732430 ASL-1189309/16
Vitima: ZILDO GONCALVES DA SILVA
Data Acidente: 01/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ZILDO GONCALVES DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000042752-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
---	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Sinistro, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem lacunas, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Zilcélia Gonçalves da Silva,

PORTADOR(A) DO RG N° 3.821.595.

EXPEDIDO POR SSP-PE

EM 24/01/1988

CPF 892256234-97 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO agricultor, E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Zilcélia Gonçalves da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou SALÁRIO-FERIADO;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LÍDER CONSÓRCIOS LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira R\$ 175,00 a R\$ 902,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

09 DEZ. 2016

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00.53 N° da CONTA (com dígito, se existir) 42.752-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00.53 N° da CONTA (com dígito, se existir) 42.752-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Ovaldo - PE, 31 de Outubro de 2016 Zilcélia Gonçalves da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a

BALSA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474
OVIDORIA 0800 725 7474

291-686424513-0

17/OUT/2016 HORA DF: 14:41:21

LOT: 15.18259-7 TERM: 02737
LOCALIDADE: OROBO
AG. VINCULADA: B053

CONTROLE: 217487678

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0053 013 00042752-8

ZILDO GOMCALVES DA SILVA

VALOR: 10,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

291-686424513-0

1ª VIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 DEZ. 2016

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

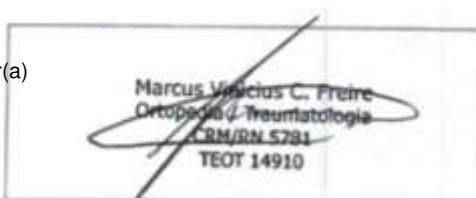
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Zildo Goncalves da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Sf. Monte Alegre, 130
Zona Rural Orobó PE CEP: 55745-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 38211595
Data local do exame: [28/12/2016] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FRATURA DO 4º METACARPIANO ESQUERDO.**
APRESENTA DÉFICIT RESIDUAL DE FORÇA DE PREENSÃO NA MÃO. QUEIXA-SE DE DOR NOS DOIS PÉS, PORÉM EM BAM HÁ O RELATO DE FERIMENTO PÉRFURO-CONTUSO SUTURADO.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
- Sim Não
- Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
- Sim Não
- Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUI COM SEQUELA FUNCIONAL LEVE.**
Data da alta: A MESMA DO ACIDENTE.
SUBMETIDO A SUTURA DE LESÃO NO PÉ E IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA MÃO.
Complicações: -----
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
- Sim Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- DÉFICIT DE FORÇA DE PREENSÃO NA MÃO ESQUERDA.**
- Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- “Vítima em tratamento” “Sem sequela permanente”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- “Exame não permite conclusão” *Vide motivo do impedimento no campo das observações*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- Região Corporal (Sequela): **Mão - Esquerdo**
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo
- Região Corporal (Sequela):
% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- Total = “100% da IS”
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



05.802.494/0001-41
CORRETORABoletim de Ocorrência
05.802.494/0001-41
B 9
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **16E0211000399**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2016** às **13:59**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **1/9/2016** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE OROBO, 1** - Bairro: **CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **AO LADO DA SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PRÓPRIA VÍTIMA (AUTOR \ AGENTE)
GEANE DA NÓBREGA GONCALVES (OUTRO)
ZILDO GONÇALVES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ZILDO GONÇALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DE JESUS** Pai: **SEVERINO GONÇALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/11/1968** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3821595/83P/PE (RG), 89225627491 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 081995352487**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OROBO, , SITIO MONTE ALEGRE - ZONA RURAL - CEP: 55745000 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO SÍTIO DE BIBIU RAÇÕES**

GEANE DA NÓBREGA GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANA LUCIA SARAIVA DA NÓBREGA** Pai: **ZILDO GONÇALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **12/9/1995** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9179221/83S/PE (RG), 10981058426 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 081995037673**

Endereço Residencial: **AVENIDA JOSE BARACHO DE FRANCA, , VILA MARIAPOLIS - CEP: - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL**

A PRÓPRIA VÍTIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO**

INFORMADO / DESCONHECIDO Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEANE DA NÓBREGA GONÇALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ZILDO GONÇALVES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKMB426** (PERNAMBUCO/OROBO) Chassi: **9C2KD3308R58135**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **NXR 150 BROS ES**

Complemento / Observação

O SENHOR ZILDO GONÇALVES DA SILVA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORÁRIO E LOCAL JÁ MENCIONADOS, QUANDO DIRIGIA A MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PERTENCENTE A GEANE DA NÓBREGA GONÇALVES, TRAFEGANDO PELA RUA AO LADO DA SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL, RUMO AO CENTRO DESTA CIDADE, PERDEU O EQUILIBRO, EM RAZÃO DA EXISTENCIA DE UMA PEDRA NO CALÇAMENTO, O QUE OCASIONOU SUA QUEDA AO SOLO COM O ALUDIDO VEICULO, SEFRENDO, POR CONSEQUENCIA, LESÕES CORPORAIS COM FRATURA EM UM DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL DESTA CIDADE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS, SENDO, NO DIA SEGUINTE, ATENDIDA NO HOSPITAL DE LIMOEIRO (PE).

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

Zildo Gonçalves da Silva

ZILDO GONÇALVES DA SILVA

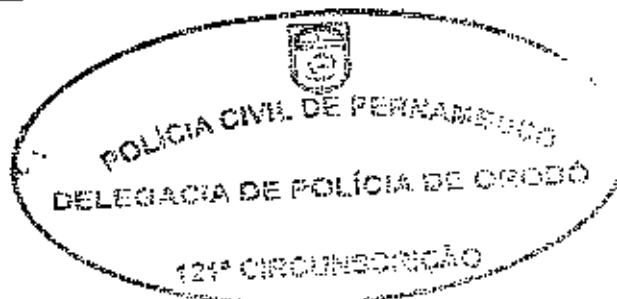
(VITIMA)

Geane da nobrega gonçalves

GEANE DA NÓBREGA GONÇALVES

(OUTRO)

B.O. registrado por: **ROBERTO JOSÉ DA SILVA** - Matrícula: **156923-6**





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edilson Gonçalves da Silva, portador da carteira de identidade nº 3.821.595-558-PE inscrito no CPF/MF sob o nº 892.256.274-91, residente e domiciliado na Sítio Monte Clíque nº 130 zona Rural, Cidade Olinda, Estado Pernambuco, 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:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso disconcorde do seu conteúdo.

Olinda - PE 31/10/2016
Local e data

Edilson Gonçalves da Silva
Assinatura do declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 DEZ. 2016

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

À LÍDER

CPF nº 892.256.274-91

DE: ZILDO GONÇALVES DA SILVA

ASSUNTO: ATO DECLARATÓRIO

Prezado(a)s,

Venho por meio desta informar que, fui socorrido, consoante demonstra a narrativa do B.O, os quais me encaminharam para o hospital desta cidade, onde obteve os primeiros atendimentos médicos e não por uma Autoridade Policial e também nem pelo samu nem bombeiros, motivo pelo qual não é possível apresentar o ATO DECLARATÓRIO, Ademais o BAM (Boletim do 1º Atendimento Médico) do hospital Severino Távora Círculo operário de Orobó, emitido na mesma data do sinistro, qual seja, 01.09.2016, informa claramente que no campo QPD/HDA "...ACIDENTE DE MOTO...", além de conter o(s) EXAME(S) REALIZADO(S), DIAGNÓSTICO(S), CONDUTA(S) MÉDICA(S) e MÉDICO RESPONSÁVEL, inclusive com a assinatura e CRM do mesmo. Por isto, comunico que não possuo outra documentação e, caso esta seguradora entenda necessário, que seja realizada auditoria para a confirmação da veracidade do aqui relatado, sob pena de temos que tomar as medidas judiciais cabíveis.

Diante deste quadro, coloco- me também à disposição para a realização de eventual pericia, por uma junta médica de Vossa competência.

Sem mais, fico no aguardo!

Orobó (PE), 15 de novembro de 2016.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 DEZ. 2016

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

Zildo Gonçalves da Silva
ZILDO GONÇALVE DA SILVA

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: 03/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ZILDO GONCALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000042752-8

Nr. da Autenticação 9C4BDBCC565993FE



Grupo Neoenergia

Nota Fiscal de Energia Elétrica Cadastrada pela Lei 10.453, de 25/04/00.
NOTA FISCAL DE FATURA - 2. CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Paiva, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50190-002
 CNPJ 10.005.032/0001-28 | Ins. Est. 0005943-B3 | www.celpe.com.br



ZILMOS GONCALVES DA SILVA

SALVAMENTO ALGARDE 130

CPF: 892.258.274-91 NIS: 12400350017

SITUAÇÃO DE FATURAÇÃO DE CONSUMIDOR

B1 RESIDENCIAL
B2 RESIDENCIAL COM NIS
Menor RiscoZONA RURAL OROBO/OROBO RURAL
CROBO PE
55745-009

2451024011 03/2018

15/07/2018 19/08/2018

TERMO ADERENCIAS 7:29

TIPO DE FALHA	UNICA	DATA	DATA	TIPO DE FALHA	DATA	TIPO DE FALHA	DATA
EXCELENTE	2000-02-01	2100-01-01	EXCELENTE	2000-02-01	2100-01-01	EXCELENTE	2000-02-01

TOTAL DA FATURA: 7,29

DEMONSTRAÇÃO DE CONSUMO BISTA NOTA FISCAL									
PERÍODO	TIPO DA MEDIDOR	DATA DE INVERSAO	DATA DE LIGACAO	DATA DE ATUALIZACAO	DATA DE LIGACAO	PERÍODO CONSUMO	PERÍODO DIA	PERÍODO NOITE	CONSUMO (WATTS)
ABR 16	WTR	2016-04-01	2016-04-01	2016-04-01	2016-04-01	0,00	0,00	0,00	0,00
MAI 16	07	2016-05-01	2016-05-01	2016-05-01	2016-05-01	0,00	0,00	0,00	0,00
JUN 16	52	2016-06-01	2016-06-01	2016-06-01	2016-06-01	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 16	90	2016-04-01	2016-04-01	2016-04-01	2016-04-01	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR 16	90	2016-03-01	2016-03-01	2016-03-01	2016-03-01	0,00	0,00	0,00	0,00
FEV 16	52	2016-02-01	2016-02-01	2016-02-01	2016-02-01	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 16	48	2016-04-01	2016-04-01	2016-04-01	2016-04-01	0,00	0,00	0,00	0,00
DEZ 15	00	2015-12-01	2015-12-01	2015-12-01	2015-12-01	0,00	0,00	0,00	0,00
NOV 15	66	2015-11-01	2015-11-01	2015-11-01	2015-11-01	0,00	0,00	0,00	0,00
OUT 15	47	2015-10-01	2015-10-01	2015-10-01	2015-10-01	0,00	0,00	0,00	0,00
SET 15	46	2015-09-01	2015-09-01	2015-09-01	2015-09-01	0,00	0,00	0,00	0,00
ABR 16	57	2016-04-01	2016-04-01	2016-04-01	2016-04-01	0,00	0,00	0,00	0,00
JUL 16	31	2016-07-01	2016-07-01	2016-07-01	2016-07-01	0,00	0,00	0,00	0,00

Notas de fatura e faturas a prazo vencido. Vale lembrar que é de responsabilidade do consumidor pagar as faturas de energia elétrica. Caso contrário, a Companhia Energética de Pernambuco (CELP) poderá ser considerada responsável por atrasos e multas geradas. Caso o consumidor não pague a fatura de energia elétrica, a Companhia Energética de Pernambuco (CELP) poderá suspender o fornecimento de energia elétrica. O fornecimento de energia elétrica poderá ocorrer após 2 dias da data da suspensão de fornecimento, desde que o consumo do consumidor esteja regularizado.

ATENÇÃO! SEU RECONHECIMENTO NÃO POSSUI CONTA EM ABERTO

Venda	Divisão	Venda	Divisão	Venda
16/07/16	000718	17,21	000718	17,21

Em caso de débito automático, o valor da fatura é dividido entre as duas contas de energia elétrica, com 50% para cada. Caso o consumo possa ser dividido entre as duas contas, o valor da fatura é dividido entre elas. Caso o consumo seja maior que a soma das duas contas de energia elétrica, o valor da fatura é dividido entre elas. Caso o consumo seja menor que a soma das duas contas de energia elétrica, o valor da fatura é dividido entre elas.

DATA	TIPO DE FALHA	DATA	TIPO DE FALHA	DATA	TIPO DE FALHA
00/00/00	000000	00/00/00	000000	00/00/00	000000
00/00/00	000000	00/00/00	000000	00/00/00	000000

Contatos
 (081) 99938-8886
 (081) 99137-5964
 (081) 99137-5964

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

09 DEZ. 2016

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BLC
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 PECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1189309/16
Vítima: ZILDO GONCALVES DA SILVA
CPF: 892.256.274-91

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/09/2016
Titular do CPF: ZILDO GONCALVES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

ZILDO GONCALVES DA SILVA : 892.256.274-91

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

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 09/12/2016

Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF/CNPJ: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

Data: 09/12/2016

Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

