



TIM



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



7214049716 17739 00000027934 30 131018

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 Lav



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 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 Glauco da Silva Coutinho portador(a) do
RG nº 5.237.115, expedido por SDS-PE, em
06/12/2011, CPF/CNPJ nº 029.648.794-51

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Zilberto

Gonçalves da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Involuntária
da vítima Zilberto Gonçalves da Silva, 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

Glauco da Silva Coutinho
ASSINATURA DO PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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 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 109.810.584-26, com domicílio na cidade de Orobo, 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

vítima Zildo Gonçalves da Silva, cujo o condutor era

Zildo Gonçalves da Silva.

Veículo: motocicleta Honda NXR 150 BROS ES

Modelo: 2008

Ano: 2008

Placa: KKM-9426

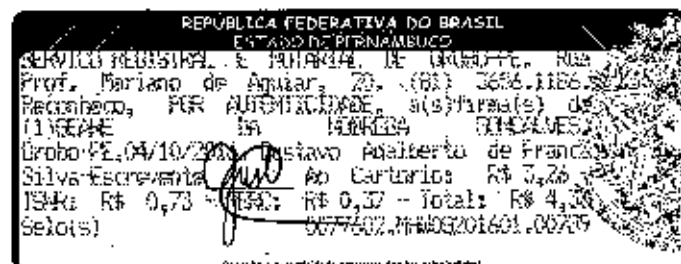
Chassi: 9C2K.D03308R058135

Data do Acidente: 01/09/2016.

Local e Data: Orobo, 04 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

Nome: ZILDO GONÇALVES DA SILVA

Endereço: SÍTIO MONTE ALEGRE

Cidade: OROBÓ/PE

Documento: C13821595 SSP / PE CNS: 704109171536171

Mãe: MARIA JOSE DE JESUS

Profissão: MACHANTE

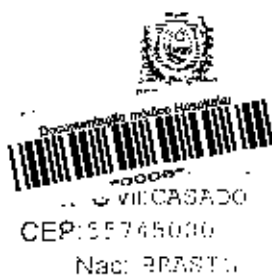
Idade: 47 ANOS, 9 MES

Dt. Nasc.: 10/11/1968 Sexo: M

Sisprenatal:

Pai: ESEVERINO GONÇALVES DA SILVA

Responsável: O 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

Dor no pé e mão
após queda com moto
hoje.

Tratamento

- Tala bota @

- Tala bota gipsada

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

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CLD

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

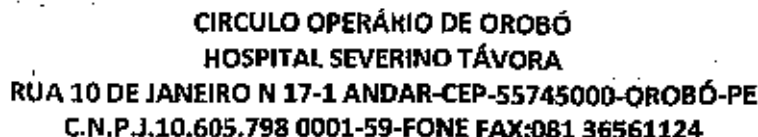
Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
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	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO



DATA: 01/09/2016		HORA: 20:18		REGISTRO: 97-134	
NOME: Filipe Gonçalves da Silva					
ENDEREÇO: St. Nove de Julho					
BAIRRO: Terra Rápida		CIDADE: São Paulo		REFERÊNCIA:	
NASCIMENTO: 10/11/1968		IDADE: 45 anos		SEXO: M	
RESPONSÁVEL: O mesmo		FONE:		COR: P	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: Av. ...		PROFISSÃO: ...			

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

	por	modo
	Arma de fogo	Assalto briga
	Arma branca	Ação pública
	Espancamento	Agressão sexual
	Outros	Outros
	IGNORADO	IGNORADO

		origem	
Acidente de moto - Com golpe cardíaco e Perfunctório	Construção civil	Agricultura	
	Indústria	Comércio	
	Outros	IGNORADO	

PROCEDIMIENTOS:

1- Sutura
2- Uterum AFA IM

~~CONFIDENTIAL~~

	Intoxicação acidental	Queimaduras
	Queda acidental	Outros
Alexy Sousa	Afogamento	IGNORADO

Dr. Whistling Souda
Madison CREMEPE 20877

	Via pública	Escola
	Domicílio	Outros
SOLICIAÇÃO: () ALTA () OBSERVAÇÃO () ADMISSÃO () TRANSFERÊNCIA	Ambiente de trabalho	IGNORADO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BIRRI

1520

Zildo Gonçalves da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS OS ESTADOS

3821595

24/01/1938

NOME ZILDO GONÇALVES DA SILVA

FILIAÇÃO Severino Gonçalves da Silva
Maria José de Jesus

DATA DE NASCIMENTO 10/11/1960

EXP/P Cart. de Orobó-PE.

ASSINATURA DO DETENTOR

INSTITUTO DA AGENCIA
FACPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 15254391

Nome ZILDO GONÇALVES DA SILVA

Nascimento 10/11/1960

Cartão de uso pessoal

Deve ser apresentado junto com um documento

Am 2007

CORREIOS

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

Contatos
(081) 99938-8886
(081) 999137-5964



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO E REGISTRO
PARA O EXERCÍCIO DE ATIVIDADES DE ENGENHARIA

CISSA DA SILVA CORREIA

REPRESENTAÇÃO (CNPJ) - ENDEREÇO:
RUA 2222A SCS PE

CPF: 829.868.724-51 **DATA NASCIMENTO:** 19/04/1978

FUNÇÃO:
GERALDO MARTINS DA SILVA
DIVALTEA MARIA DA SILVA

PROFISSIONAL: ☒ **RE:** ☒ **OR. 199:** ☒ **AL:** ☐

PROFISSIONAL: 03063496846 **VALIDADE:** 19/04/2021 **EXPIRAÇÃO:** 08/11/2010

Observações:
sem observações

CISSA DA SILVA CORREIA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL:
[Assinatura]

DATA: 02/05/2016

PROFISSIONAL: 03063496846 **VALIDADE:** 19/04/2021 **EXPIRAÇÃO:** 08/11/2010

PROFISSIONAL: 03063496846 **VALIDADE:** 19/04/2021 **EXPIRAÇÃO:** 08/11/2010

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

二、研究背景

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1036.


11. 1000 = 1000 CARLETONS

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09 DEZ. 2006
Rua da Mouraria, nº 115, 8.902 Br. C
Rio de Janeiro - CEP - 20.060-110
Boa Vista - RJ
0222-6111

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO **08N-35**

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E FAPAS - BOM



Geane da nobrega goncalves

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	9.179.221	DATA DE EXPERIÇÃO	07/02/2011
NOME	<< GEANE DA NOBREGA GONÇALVES >>		
FILIAÇÃO	<< ZILDO GONÇALVES DA SILVA >>		
	<< ANA LUCIA SARAIVA DA NOBREGA >>		
NACIONALIDADE	OROBÓ - PE	DATA DE NASCIMENTO	12/09/1995
DOCUMENTO	<< CH.134011 L.15A F.220 CART. OROBÓ - PE 27 05.1995 >>		
CPF	109.810.534-25	ASSINATURA DO DIRETOR	
		LEI Nº 5.475/2006	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 DEZ. 2010

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bos Vista - CEP 50.060-010
PECEL-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 médico pericial: APRESENTA DÉFICIT RESIDUAL DE FORÇA DE PREENSÃO NA MÃO. QUEIXA-SE DE DOR NOS DOIS PÉS, PORÉM EM BAM HÁ O RELATO DE FERIMENTO PERFURO-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.



em quem qualificado, 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 892.256.274-91, residente na

Sítio Monte Alegre, nº 130

complemento CASA, Bairro Zona Rural, cidade

Orobo, 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

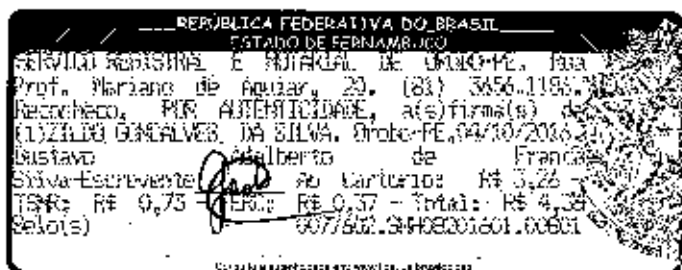
complemento CASA, Bairro Centro, cidade

Limoeiro, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Orobo, 04 de outubro de 2016.

Outorgante Zildo da Silva 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
Boa 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 início 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 início 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 nº: 10316075

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.: 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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPÓ PREENCHIDO POR _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do 1º grau, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Zilzo Gonçalves da Silva,
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.827.595, EXPEDIDO POR SSP-PE EM 24/01/1988
CPF 892296274-97 / CNPJ (00000000000-00000-00), 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 Zilzo 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 Maternal.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LULA E SEGUROS 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- 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.

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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0053 Nº 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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0053 Nº 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.

Orobo-PE 31 de Outubro de 2016 Zilzo Gonçalves da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- 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 tabela de invalidez constante na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médicas hospitalares.

Caixa Econômica Federal

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

291-686424513-0

17/OUT/2016

HORA DE: 14:41:21

LOT: 15.18259-7

TERM: 02737

LOCALIDADE: OROBO

AG. VINCULADA: 0053

CONTROLE: 217487678

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0053 013 00042752-8

ZILDO GONCALVES 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 Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Zildo Gonçalves da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Si. 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

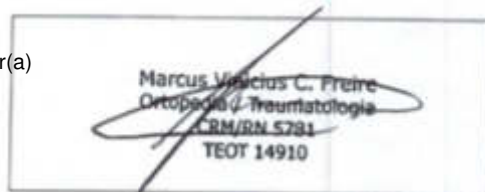
- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FRATURA DO 4º METACARPIANO ESQUERDO.
APRESENTA DÉFICIT RESIDUAL DE FORÇA DE PREENSÃO NA MÃO. QUEIXA-SE DE DOR NOS DOIS PÉS, PORÉM EM
BAM HÁ O RELATO DE FERIMENTO PÉRFURO-CONTUSO 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?
(X) 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?
(X) 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)?
(X) 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() “Vítima em tratamento”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> <p>() “Exame não permite conclusão”
Vide motivo do impedimento no campo das observações</p> | <p>() “Sem sequela permanente”
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
Mão - Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





05.802.494/0001-41

CORRETORA



00014

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
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP12ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0211000399

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OROBÓ, 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 GONÇALVES (OUTRO)
ZILDO GONÇALVES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: **OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3821595/SSP/PE (RG), 89225627491 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 081995352487**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OROBÓ, , SÍTIO 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: **OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9179221/SDS/PE (RG), 10981058426 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. 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: **KKM9426** (PERNAMBUCO/OROBO) Chassi: **9C2KD3308R58135**

Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **NXR 150 BROS ES**

Complemento / Observação

O SENHOR ZILDO GONÇALVES DA SILVA COMPARECEU 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 EQUILÍBRIO, EM RAZÃO DA EXISTÊNCIA DE UMA PEDRA NO CALÇAMENTO, O QUE OCASIONOU SUA QUEDA AO SOLO COM O ALUDIDO VEICULO, SEFRENDU, 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 SEQUINTE, ATENDIDA NO HOSPITAL DE LIMOEIRO (PE).

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

Zildo Gonçalves da Silva
ZILDO GONÇALVES DA SILVA

(VÍTIMA)

Geane da Nóbrega 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, Julio Goncalves da Silva, portador da
carteira de identidade nº 3.821.595-5SP-PE inscrito no CPF/MF sob o nº
892.256.274-91, residente e domiciliado na
Sítio Monte Alegre nº 130 Zona Rural, Estado Pernambuco, Cidade
Olinda, 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
discorde do seu conteúdo.

Olinda - PE 31/10/2016
Local e data

Julio Goncalves 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 obtive 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 Circulo 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), CONDUCTA(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 termos 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.

Zildo Gonçalves da Silva

ZILDO GONÇALVE DA SILVA

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

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



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

Data: 09/12/2016
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF/CNPJ: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 09/12/2016
Nome: José Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

José Soares da Silva Filho