



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

Nome: **ROBEVAL SILVA DE SOUZA**

Atendimento: 01094670

Data Nascimento: 12/10/1981 Idade: 36 Anos, 5 Meses e 13 Dias

Prontuário: 00441860

ALTA DOMICÍLIO: ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA: ☐

ALTA AMBULATÓRIO: ☒

RETORNO: ☒ 10 DIAS

ALTA ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM O ORTOPEDISTA
DO MUNICÍPIO DE ORIGEM: ☒

Caruaru, 25-DE MARÇO DE 2018

Hora: 17:12

Dr. Raimundo Honorato da S. Junior
TRAUMATO - ORTOPEDISTA
CRM - PE 20136 SDO/15309

Ass. e carimbo do Médico

Dr.(a): **RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR**
CRM - 20136

05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
DE SEGUROS LTDA
16 JUN 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
16 OUT 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 Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ROBEVAL SILVA DE SOUZA**
Data Nascimento: 12/10/1981 Idade: 36 Anos, 5 Meses e 13 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 01094670
Prontuário: 00441860
Senha N.º: **0107**

Data e Hora: 25/03/2018 17:21h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: REFERE TRAUMA DEVIDO A ACIDENTE AUTOMOBILISTICO OCORRIDO HOJE APÓS INGESTA DE ALCOOL AFETANDO APRESNETANDO FRATURA EM REGIÃO DE CLAVICULA EVIDENCIADA POR RAIOS-X REALIZADO EM MUNICIPIO DE ORIGEM

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA ASMA DM E HAS

DOC:RG

AFERICAÇÃO

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 124 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 87 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 109 BPM

QPD / HDA:

TRAUMA EM OMBRO DIR E HALUX ESQ APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3H. SEM OUTRAS QUEIXAS. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS

Exame Físico:

EGB, EUPNEICO, GLASGOW 15, CONSCIENTE E ORIENTADO. DOR A PALPAÇÃO E EDEMA LOCAL. EX. NEUROVASC. SEM ALTERAÇÕES, EXCETO PELO DEFICIT FUNCIONAL. ESCORIAÇÕES EM HALUX ESQ (FOI LAVADO E FEITO CURATIVO NO MUNICIPIO DE ORIGEM)

Exames complementares:

RX - FRATURA DIAFISARIA DE CLAVICULA + SEM ALTERAÇÕES NO PE

HD:

FRATURA FECHADA DIAFISARIA DE CLAVICULA DIR + ESCORIAÇÃO EM PE ESQ

Conduta:

TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA (PARAMETROS RADIOLOGICOS ACEITAVEIS) + IMOBILIZAÇÃO + ORIENTAÇÕES + SINTOMATICOS + AO AMBULATORIO NO MUNICIPIO DE ORIGEM COM 10 DIAS

Evolução:

Dr. Raimundo Honorato da S. Junior
TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM - DE 20176 / SBOT / PTEOT 15 309

Ass. do Médico



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Dr(a): **RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR**
CRM - 20136

PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DUES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA-MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:
Roberval Silva de Souza
foi assistido (a) em caráter de urgência nesta unidade de saúde,
no dia 25/03/18, tendo sofrido acidente. Motociclístico

Brejo da Madre de Deus 16/05/18 05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA


16 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Atenciosamente


Lucinalva Silva
Direção Administrativa
CPF: 80.587.004-00

Rua Dom Luiz de Brito S/N

Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000

Fone: 3747-1164

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

DATA:		25/03/2018	
HORA:		14:27	
NOME:		ROBEVAL SILVA DE SOUZA	
DATA DE NASCIMENTO:		12/10/1981	
SEXO:		M	
NOME DO PRONTUARIO:		6668	
TELEFONE:		99997-7149	
SUS:		6492754	
ESTADO CIVIL:		SOLT	
ENDEREÇO:		BRUNO ANOS	
Cidade:		MANDAÇAIA	
UF:		CE	
Município:		MARCOS	
Bairro:		BREJO DA MADRE DE DEUS	
Enfermeiro:		LUCIANA	

DIAGNOSTICO VITUA DE MORTO DO
NEOTRIPICITICO. URG. HOSPITALIZADO
NA PR. RECEN. Cautela (M) e
Petalan

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 JUN 2019

Rua da Aurora, 115, SL 902 BLC

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JUN 2019

Rua da Aurora, 115, SL 902 BLC

Rua da Aurora, 115, SL 902 BLC

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

TEMPERATURA:

HGT.

PESO

1) DE CAMARAO
2) OCEANO
3) SILENCIO
4) Cautela (M) e
Petalan

Dr. André Costa
Médico
CPF 017.589.74.78
CRM 100.9214

MÉDICO



PREFEITURA DO BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Atestado Médico

Atesto que, [assinatura]
Portador da Carteira Profissional nº _____
Série 00, necessita de _____ dias
de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de
doença. h (assinatura) 12/7/18

Brejo da Madre de Deus, _____

[assinatura]
CIRURGIÃO GERAL
Ass. do Médico **CRM nº**
Mat. (SES 319.366-7)

NOTA: Este atestado deixa de ter o Diagnóstico Codificado (CID),
por ser quebra de sigilo do Código de Ética Médica Art.
102 e por violação do Segredo profissional Art. 164 do
Código Penal Vigente.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 OUT 2019

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

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: ROBERTO SILVA DE SOUZA NÚMERO DO SINISTRO: 3780956024

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 12/07/2018 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 12/07/2018

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: DR. MARCIO LIMA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: fratura de punho e clavícula

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): 12/07/2018 a 15/07/2018

EXISTE ALGUM DEFETO FÍSICO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE SE CONCLUIR QUE:

☒ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☐ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
 1º fratura de punho e clavícula
 2º fratura de punho e clavícula
 3º fratura de punho e clavícula
 4º
 5º

A FIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 26/09/2018 A 10/10/2018 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: Curitiba DATA: 10/10/2018 ASSINATURA E CARIMBO: Dr. Marcio Lima

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL: Roberval Silva de Souza DATA: 10/10/2018 ASSINATURA DA VÍTIMA: Roberval Silva de Souza



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

Nome: **ROBEVAL SILVA DE SOUZA**

Atendimento: 01094670

Data Nascimento: 12/10/1981

Idade: 36 Anos, 5 Meses e 13 Dias

Prontuário: 00441860

ALTA DOMICÍLIO: ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA: ☐

ALTA AMBULATÓRIO: ☒

RETORNO: ☒ 10 DIAS

**ALTA ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM O ORTOPEDISTA
DO MUNICÍPIO DE ORIGEM: ☒**

Caruaru, 25 DE MARÇO DE 2018
Hora: 17:12

Dr. Raimundo Honorato da Silva Junior
TRANSITO - C.R.M. 20136
CRM - 20136

Ass. e carimbo do Médico

Dr.(a): **RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR**
CRM - 20136

3727 7816

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/03/2018

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

JAILSON

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

CLR23



Róbeval Silva de Souza

ASSINATURA EM TITULO DE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

6492754

DATA DE
EXPIRAÇÃO

27.10.1999.

RÓBEVAL SILVA DE SOUZA

JOÃO HENRIQUE DE SOUZA

MARIA JOSÉ SILVA DE SOUZA

NATURALIDADE

Brejo da Madre de Deus-PE.

DATA DE NASCIMENTO

12.10.1981.

DIG. ORIGEM G.N.2354.P.90v.L."A"03.Cart.Fazenda

Nova-Brejo da Madre de Deus-PE.

CPF

Róbeval Silva de Souza

ASSINATURA DO DIRTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda
Receita Federal

CPF

Gab. de Registro e Recuperação

de CPF

054 884 954 - 44

RÓBEVAL SILVA DE SOUZA

12/10/99



Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

01/2008

CAIXA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 JUN 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
16 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

[illegible]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Rua Vista Verde, nº 100, SL 902 BL C
RECUPERAR - 010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

CLR23




Roberval Silva de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6492754

DATA DE EXPEDIÇÃO: 27.10.1999.

ROBEVAL SILVA DE SOUZA

ILUSTRAÇÃO

JOÃO Henrique de Souza

Maria José Silva de Souza

NATURALIDADE

Brejo da Madre de Deus-PE.

DATA DE NASCIMENTO 12.10.1981.

DDO ORIGEM C.N.2354.P.90V.L."A"03.Cart.Fazenda

Nova-Brejo da Madre de Deus-PE.

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda

Receita Federal

CPF

Identificação de Pessoas Físicas

051 884 954-41

ROBEVAL SILVA DE SOUZA

Cartão de uso pessoal e intransfereível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

01/2008

CAIXA

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SUPLENTE NACIONAL DE DEFESA
 CATEGORIA NACIONAL DE DEFESA

MARIO JARDOTE DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) UF
 1923963 SDS PE

CPF 386.058.134-15 DATA NASCIMENTO 04/09/1964

FILIAÇÃO
 ANTONIO FERREIRA FILHO
 MARIA JOSE SIQUEIRA

PERMISSÃO ☒ ACC ☒ CAT. HAB. ☒ AS

Nº REGISTRO 00566750529 VALIDADE 27/09/2022 1ª HABILITAÇÃO 04/06/1986

OBSERVAÇÕES

Mario Jardote de Araujo
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL CARUARU, PE DATA EMISSÃO 28/09/2017

Charles Andreia Souza Ribeiro
 Diretor Presidente
 ASSINATURA DO DIRETOR

34108543540
 78069925254

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1485415452

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1485415452

ARUANA SEGURADORA
 29 JUL 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012238104633
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	1033335727	PLACA	704.428.882-23
NURIA TERESA LUCIO DA SILVA			
BREJO DA MADRE DE DEU			
PLACA	704.428.882-23	PLACA	704.428.882-23
PLACANT/UF	PE	CHASSI	9C2JB0100CA202252

MARCA/MODELO	HONDA/POP 1101	ANO FAB	2010
CAR/ROT/CIL	2P/109CL	CATEGORIA	PARTIC
COTA ÚNICA	IPVA 2010 QUITADO	VENÇ COTA ÚNICA	1
FAIXA IPVA	1	PARCELAMENTO/COTAS	2
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	SEGURO BAC	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES	AL. FID. ADM CONS NAO MONDA LTDA
LOCAL	BREJO DA MADRE DE DEU
DATA	26/04/10
Charles Andrews Sousa Ribeiro	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012238104633 BILHETE DE SEGURO DPVAT
NURIA TERESA LUCIO DA SILVA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RENAVAM	1033335727	MARCA/MODELO	HONDA/POP 1101
ANO FAB	2010	CHASSI	9C2JB0100CA202252

PRÊMIO TARIFÁRIO		
FIS (R\$)	DENAFRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL A PAGAR (R\$)
COTA ÚNICA	PAGAMENTO	PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.800/0001-01
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
PARA EMERGENCIAS

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 OUT 2010

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
15 JUN 2010
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

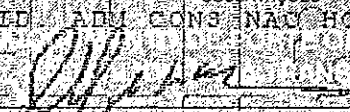
DETRAN - RE Nº **012238104633**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	1083936727	2018	2018
NÚBIA TEREZA LUCIO DA SILVA			
BREJO DA MADRE DE DEUS			
PLACA ANT./UE	CHASSI	PLACA	
704.495.884-38	9C2JB0100CR202252	PCZ0269	

ESPECÍFICO	COMBUSTÍVEL	ANO FAB.	ANO MOD.
2018	ETANOL	2018	2018
MARCA/MODELO		COR PREDOMINANTE	
HONDA/POP 110I		BRANCA	
CAP/ROT/CIL	CATEGORIA		
207/109CL	PARTIC		

1	CPVA 2018 QUITADO	1º	VENC/COTAS
P	FAIXA CPVA	2º	*****
V	PARCELAMENTO/COTAS	3º	*****
A	*****		

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
3.000,00		3.000,00	26/04/18

OBSERVAÇÕES	
AL FID ADM CONS NAO HONDA LTDA	
	

LOCAL	DATA
BREJO DA MADRE DE DEUS	26/04/18
Charles Andrews Sousa Ribeiro	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAQ SEGURO DPVAT

PE Nº **012238104633** BILHETE DE SEGURO DPVAT
NÚBIA TEREZA LUCIO DA SILVA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	26/04/18

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	704.495.884-38	PCZ0269

RENAVAM	MARCA/MODELO
1083936727	HONDA/POP 110I

ANO FAB.	CAT. UE	Nº CHASSI
2018	03	9C2JB0100CR202252

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.802.494/0001-41

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE FORTALEZA

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 OUT 2018


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
16 OUT 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0391437/19

Vítima: ROBEVAL SILVA DE SOUZA

CPF: 054.884.954-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2018

Titular do CPF: ROBEVAL SILVA DE
SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

ROBEVAL SILVA DE SOUZA : 054.884.954-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/11/2019
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RODRIVAL SILVA DE SOUZA
 DATA DO ACIDENTE 25.03.2018 CPF DA VÍTIMA 054 884-954-44
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARIO JANDOIR DE ARAUJO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COLOMBIA
 Nº 43 COMPLEMENTO _____ BAIRRO MAURICIO DE NASSAU
 CIDADE CARUARU UF PE CEP 55012-560
 E-MAIL MSSEGURO.JANDOIR@GMAIL.COM TELEFONE (81) 9.9832-9777
9.8216-6977

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA Mario Jandoir de Araujo

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190627547 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBEVAL SILVA DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190627547 **Cidade:** Brejo da Madre de Deus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBEVAL SILVA DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 6492754
CPF: 054884954-44
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: ST MANOASARA ZONA RURAL
CEP: 55120000
Telefone: (071) 998329277

OUTORGADO:

Nome: MARIO ZANDOR DE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2923963
CPF: 386058734-75
Profissão: AUTONOMO
Endereço: RUA COLOMBIA N: 97
CEP: _____
Telefone: (071) 998329277

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: ROBEVAL SILVA DE SOUZA

BREJO DA M DE DEUS 76-05-2018

Local e data

Roberval Silva de Souza

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)
ROZANNA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabela Única

Reconheço por autenticidade a firma dos
ROBEVAL SILVA DE SOUZA DON. Fº.
ROZANNA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELA
Envolvidos R\$ 3,00 Forc R\$ 0,40 Total R\$ 3,40
Selo: 07/17 UNIC201801.04/82, 16/05/2018 16:22

*Consulte autenticidade em: www.tpe.pn.br/assinadigital

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 OUT 2019

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

Cartório Único Oficial
Rozanna Maria Lira Vieira de Oliveira - PE
(011) 3747-1213

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 6492754
CPF: 054884954-44
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: ST MANAÇARA ZONA RURAL
CEP: 55720000
Telefone: (81) 998329277

OUTORGADO:

Nome: MARIO DANDOR DE ARAUJO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2923963
CPF: 386058734-75
Profissão: AUTONOMO
Endereço: RUA COLOMBIA NL 97
CEP: _____
Telefone: (81) 998329277

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: ROBEVAL SILVA DE SOUZA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 OUT 2018

BREJO DA M DE DEUS 76-05-2018

Local e data

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

Roberval Silva de Souza

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 JUN 2018
16 OUT 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)
ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabelião/Oficial | Av. Cleto Campelo, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de:

ROBEVAL SILVA DE SOUZA Dou fé.

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELIÃO

Emplumtos R\$ 3,59 Ferc R\$ 0,40 Tsr R\$ 0,80 Total R\$ 4,79

Selo: 0073437.UVD03201801.04982. 16/05/2018 16:27:26

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

Cartório Único Oficial
Brejo da Madre de Deus - PE
(81) 3747-1213

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0377120/18

Vítima: ROBEVAL SILVA DE SOUZA

CPF: 054.884.954-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/03/2018

Titular do CPF: ROBEVAL SILVA DE SOUZA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

ROBEVAL SILVA DE SOUZA : 054.884.954-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 16/10/2018
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

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 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

054.884.954-44

Nome completo da vítima

Roberval Silva de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Roberval Silva de Souza	CPF titular da conta 054.884.954-44	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Mandacaiá	Número 370	Complemento
Bairro Zona-Rural	Cidade Bom Jesus do Rio	CEP 55170-000
Email	Estado PE	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA Nº []	DIV []	BANCO Nome Banco do Brasil	Nº 237
AGÊNCIA Nº 6990	DIV 6	CONTA Nº 1000455	DIV 1
(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o pagamento, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/07/2019

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

RECIFE-PE

Roberval Silva de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

08 JUN 2019

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

RECIFE-PE

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

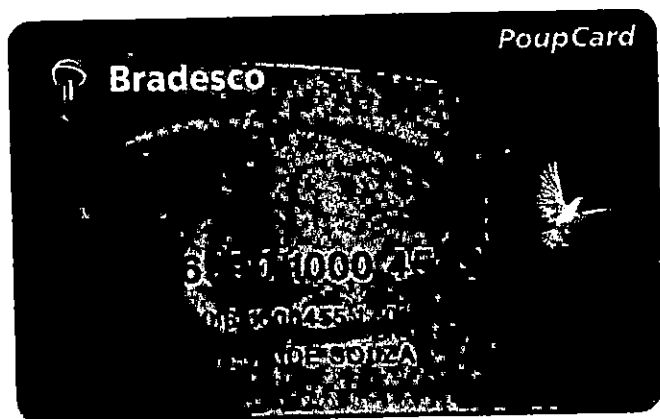


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16-11-2019

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

05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
16-11-2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054 884 954-44 4 - Nome completo da vítima: ROBEVAZ SILVA DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ROBEVAZ SILVA DE SOUZA 6 - CPF: 054 884 954-44
7 - Profissão: JUREIRO 8 - Endereço: SI MANDASSAIA 9 - Número: 570 10 - Complemento:
11 - Bairro: MANDASSAIA 12 - Cidade: BITELO DA MADRE DE DEUS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55170-000
15 - E-mail: MSSEGURO-LIDER@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 81-3316 6977 819832-9722

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 6990 6 CONTA: 1000455 I
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE
DE DEUS - DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0197000314

Ocorrência registrada nesta unidade policial no
dia 16/05/2018 às 13:15

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos
(Consumado) que aconteceu no dia 25/3/2018 no período da Tarde
Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS,
1 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ROBEVAL SILVA DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse
do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ROBEVAL SILVA DE SOUZA (presente ao plantão) -

Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ SILVA DE SOUZA Pai: JOÃO

HENRIQUE DE SOUZA Data de

Nascimento: 12/10/1981 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /

PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6492754/SDS/PE (RG), 05488495444

(CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: PEDREIRO(A)

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -

CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16.05.2018

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



05.802.494/0001-41
THAÍAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2018

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) -

**Sexo: Masculino Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA,
que estava em posse do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Descrição: MOTO EM NOME DE NUBIA TEREZA LUCIO DA SILVA**

Complemento / Observação

**O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR
QUE FOI VÍTIMA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO. ELE DISSE QUE
ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA E FOI DESVIAR DE UM CARRO
QUE ESTAVA PARADO NA FRENTE, E QUE NO SENTIDO CONTRÁRIO
VINHA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA NA CONTRAMÃO. ELE
AINDA TENTOU DESVIAR, PORÉM NÃO DEU TEMPO, HAVENDO ASSIM A
COLISÃO ENTRE AS MOTOS. LOGO APÓS O ACIDENTE ELE FOI
SOCORRIDO PELO CUNHADO DELE E LEVADO PARA O HOSPITAL UFA
MESTRE CAMARÃO, NO CENTRO DO BREJO DA MADRE DE DEUS
CONFORME ATESTA O DOCUMENTO CEDIDO PELO HOSPITAL.**



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

Robeval Silva de Souza
**ROBEVAL SILVA DE SOUZA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: Bruno Bittencourt Santos - Matrícula: 3879836

05.802.494/0001-41
THAÍAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 JUN 2018
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 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
BOLETIM DE Ocorrência N°. 18E0197000315

16 JUN 2018
Ocorrência registrada nesta unidade policial no
dia **16/05/2018** às **17:16**

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Complementa o BO Número: **18E0197000314**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos
(Consumado) que aconteceu no dia 25/3/2018 no período da Tarde
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS,**
1 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
NUBIA TEREZA LUCIO DA SILVA (OUTRO)
ROBEVAL SILVA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse
do(a) Sr(a): **ROBEVAL SILVA DE SOUZA**
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ROBEVAL SILVA DE SOUZA (presente ao plantão) -

Sexo: **Masculino**Mãe: **MARIA JOSÉ SILVA DE SOUZA** Pai: **JOÃO**
HENRIQUE DE SOUZA Data de

Nascimento: **12/10/1991** Naturalidade: **BREJO DA MADRE DE DEUS /**

PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **6492754/SDS/PE (RG), 05488495444**

(CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **PEDREIRO(A)**



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
16 OUT 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -**
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) -

Sexo: Masculino Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -**
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

NUBIA TEREZA LUCIO DA SILVA (não presente ao plantão) -

Sexo: Feminino Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS
PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -**
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL



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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): NUBIA TEREZA LUCIO DA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR
QUE FOI VÍTIMA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO.ELE DISSE QUE
ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA E FOI DESVIAR DE UM CARRO
QUE ESTAVA PARADO NA FRENTE, E QUE NO SENTIDO CONTRÁRIO
VINHA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA NA CONTRA MÃO. ELE
AINDA TENTOU DESVIAR, PORÉM NÃO DEU TEMPO, HAVENDO ASSIM A
COLISÃO ENTRE AS MOTOS.LOGO APÓS O ACIDENTE ELE FOI
SOCORRIDO PELO CUNHADO DELE E LEVADO PARA O HOSPITAL UPA
MESTRE CAMARÃO, NO CENTRO DO BREJO DA MADRE DE DEUS
CONFORME ATESTA O DOCUMENTO CEDIDO PELO HOSPITAL.

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

Roberval Silva de Souza
ROBEVAL SILVA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: Bruno Bittencourt Santos - Matrícula: 3879836

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107ªCIRC DINTER1/17ª DESEC

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0197000315

16 JUN 2018
Ocorrência registrada nesta unidade policial no
dia **16/05/2018 às 17:16**
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Complementa o BO Número: **18E0197000314**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos
(Consumado) que aconteceu no dia **25/3/2018** no período da Tarde
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS,**
1 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
NUBIA TEREZA LUCIO DA SILVA (OUTRO)
ROBEVAL SILVA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse
do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ROBEVAL SILVA DE SOUZA (presente ao plantão) -

Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ SILVA DE SOUZA Pai: JOÃO
HENRIQUE DE SOUZA Data de
Nascimento: 12/10/1981 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6492754/SDS/PE (RG), 05488495444
(CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: PEDREIRO(A)

05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





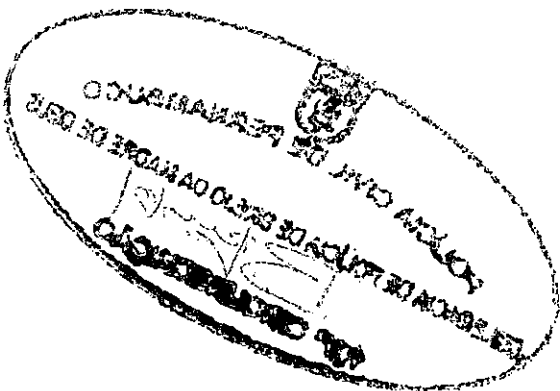
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 1ª CIRCUNSCRIÇÃO - BRELLO DA MADRE DE DEUS - DISTRITO DE INTERMUNICIPAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18019700312

Ocorrência registrada nesta unidade policial no
dia 18/03/2018 às 11:10

Complemento e 60 número: 18019700312

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Colosso
(Colosso) que aconteceu no dia 18/03/2018 no período da Tarde
Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BRELLO DA MADRE DE DEUS,
1 - Bairro: MANGACARA - BRELLO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA



Pessoas(s) envolvidas(s) no ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
NUBIA TEREZA LUCIO DA SILVA (OUTRO)
ROBEVAL SILVA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvidos(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na direção da ocorrência) , que estava em posse
do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Qualificação data(s) pessoas(s) envolvidas(s)

ROBEVAL SILVA DE SOUZA (presente na ocorrência)
Sexo: Masculino; MARIA JOSÉ SILVA DE SOUZA Por João
HENRIQUE DE SOUZA Data de
Nascimento: 13/07/1981 Naturalidade: BRELLO DA MADRE DE DEUS
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: RG: 001234567
(CPF: 01234567890) (Profissão: PEDREIRO)

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

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -**
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) -

Sexo: Masculino/Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -**
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

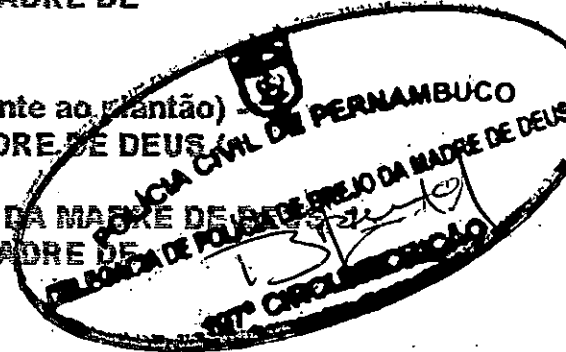
16 OUT 2019

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

NUBIA TEREZA LUCIO DA SILVA (não presente ao plantão) -

Sexo: Feminino/Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -**
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL



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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): NUBIA TEREZA LUCIO DA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR
QUE FOI VÍTIMA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO.ELE DISSE QUE
ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA E FOI DESVIAR DE UM CARRO
QUE ESTAVA PARADO NA FRENTE, E QUE NO SENTIDO CONTRÁRIO
VINHA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA NA CONTRA MÃO. ELE
AINDA TENTOU DESVIAR, PORÉM NÃO DEU TEMPO, HAVENDO ASSIM A
COLISÃO ENTRE AS MOTOS.LOGO APÓS O ACIDENTE ELE FOI
SOCORRIDO PELO CUNHADO DELE E LEVADO PARA O HOSPITAL UPA
MESTRE CAMARÃO, NO CENTRO DO BREJO DA MADRE DE DEUS
CONFORME ATESTA O DOCUMENTO CEDIDO PELO HOSPITAL.

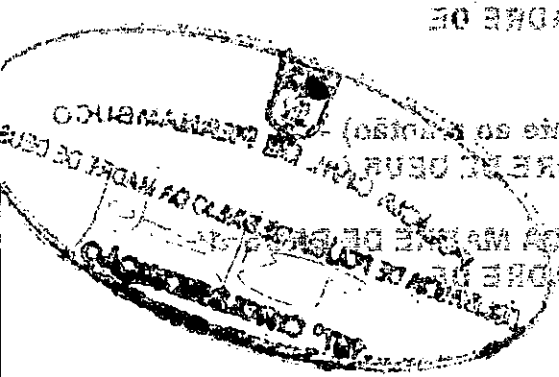
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Roberval Silva de Souza
ROBEVAL SILVA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: Bruno Bittencourt Santos - Matrícula: 3879836

Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BRILHO DA MADRE DE DEUS - 1 -
 CEP: 0 - Bairro: MANDACARA - BRILHO DA MADRE DE DEUS
 DEUTERMANHUTOCORASIL

DESCONHECIMENTO (não presente ao inquérito) -
 Sexo: Masculino/Inquirido: BRILHO DA MADRE DE DEUS - 1
 PERMANENTE - BRASIL
 Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BRILHO DA MADRE DE DEUS - 1 -
 CEP: 0 - Bairro: MANDACARA - BRILHO DA MADRE DE DEUS
 DEUTERMANHUTOCORASIL



MURIA TERESA LUCIO DA SILVA (não presente ao inquérito) -
 Sexo: Feminino/Inquirido: BRILHO DA MADRE DE DEUS - 1 -
 PERMANENTE - BRASIL
 Endereço Residência: MUNICÍPIO DE BRILHO DA MADRE DE DEUS - 1 -
 CEP: 0 - Bairro: MANDACARA - BRILHO DA MADRE DE DEUS
 DEUTERMANHUTOCORASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvidos(s)

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) SR(s) MURIA TERESA LUCIO DA
 SILVA, que estava em posse do(s) SR(s) ROSEVAL SILVA DE SOUZA
 Caligrafia: Motosiclista - MOTOICLISTA - INFORMAÇÃO: Objeto
 apreendido: Não
 Out. BRILHO - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento e Observação

O DECLARANTE CONFIRMA A ESTA DECLARAÇÃO PARA INFORMAR
 QUE FOI VÍTIMA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO ELE DISSE QUE
 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOICLISTA E FOI DESVIAR DE UM CARRO
 QUE ESTAVA PARADO NA FRENTE, E QUE NO SENTIDO CONTRÁRIO
 VINHA OUTRA MOTOICLISTA QUE ESTAVA NA CONTRAMÃO ELE
 ALGUM TENTOU DESVIAR, PORÉM NÃO TEM TEMPO, HAVENDO ASSIM A
 COLISÃO ENTRE AS MOTOICLISTAS APÓS O ACIDENTE ELE FOI
 SOCORRIDO PELO CORRADO DELE E LEVADO PARA O HOSPITAL UPA
 MURIA TERESA LUCIO DA SILVA NO CENTRO DO BRILHO DA MADRE DE DEUS
 CONFORME ESTA O DOCUMENTO CÉDULA PELO HOSPITAL

Assinatura do(s) passos(s) presente neste unidade policial

ROSEVAL SILVA DE SOUZA
 (CONTINUA)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE
DE DEUS - DP107CIRC DINTER1/17ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0197000314

Ocorrência registrada nesta unidade policial no
dia **16/05/2018** às **13:15**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos
(Consumado) que aconteceu no dia **25/3/2018** no período da Tarde
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS,**
1 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ROBEVAL SILVA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse
do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ROBEVAL SILVA DE SOUZA (presente ao plantão) -

Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ SILVA DE SOUZA Pai: JOÃO

HENRIQUE DE SOUZA Data de

Nascimento: 12/10/1981 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /

PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6492754/SDS/PE (RG), 05458495444

(CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: PEDREIRO(A)

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -

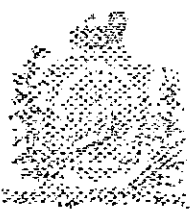
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE

DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
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
16 OUT 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



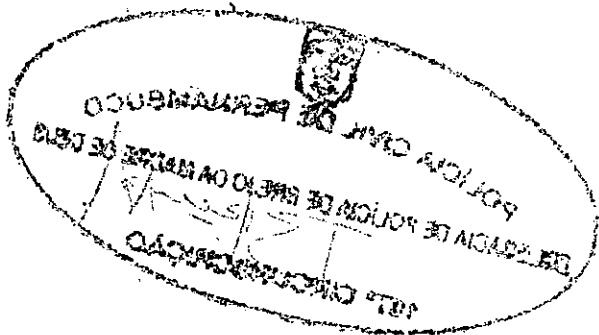


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE
DE DEUS - OPTACIÃO SINTETIZADA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 126019700314

Ocorrência registrada nesta unidade policial no
dia 15/02/2018 às 13:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa
(Consensual) que aconteceu no dia 15/02/2018 no período da Tarde
Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS
1 - Bairro: MANDACÁIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA



Pessoas(s) envolvidas(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ROBEVAL SILVA DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Ligado na direção da ocorrência) , que estava em posse
do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Quaisquer dados de pessoas(s) envolvidas(s)

ROBEVAL SILVA DE SOUZA (primeiro do nome) -
Sexo: Masculino; Mãe: MARIA JOSÉ SILVA DE SOUZA RAI JOÃO
HENRIQUE DE SOUZA Data de
Nascimento: 15/02/1978; Nacionalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS;
PERNAMBUCO; BRASIL; Documentos: RG: 051845544
(CPF) Estado Civil: Solteiro(a); Profissão: PEDREIRO(a)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -
CEP: 0 - Bairro: MANDACÁIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUN 2018

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) -

**Sexo: Masculino Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA,
que estava em posse do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Descrição: MOTO EM NOME DE NUBIA TEREZA LUCIO DA SILVA**

Complemento / Observação

**O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR
QUE FOI VÍTIMA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO. ELE DISSSE QUE
ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA E FOI DESVIAR DE UM CARGUEIRO
QUE ESTAVA PARADO NA FRENTE, E QUE NO SENTIDO CONTRÁRIO
VINHA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA NA CONTRA MÃO. ELE
AINDA TENTOU DESVIAR, PORÉM NÃO DEU TEMPO, HAVENDO ASSIM A
COLISÃO ENTRE AS MOTOS. LOGO APÓS O ACIDENTE ELE FOI
SOCORRIDO PELO CUNHADO DELE E LEVADO PARA O HOSPITAL DE
MESTRE CAMARÃO, NO CENTRO DO BREJO DA MADRE DE DEUS
CONFORME ATESTA O DOCUMENTO CEDIDO PELO HOSPITAL.**

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

Roberval Silva de Souza
**ROBEVAL SILVA DE SOUZA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: Bruno Bittencourt Santos - Matrícula: 3879836

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

B.O. 1247490 de: BOMBA GRUPOCOMI 20000 - 11/11/1978: 2810232

(ALIANÇA)

ROBEYAT ZIGAY DE SOUZA

Assimilado de(s) pessoa(s) brasileira(s) por(s)

CONFORME VISTO O DOCUMENTO Cedido pelo ROBEYAT
MESSE CAMBAYO NO CENTRO DO BOMBA DA MURDE DE DEUS
SOCIETARIO DO COMANDO DEFE E TENDO BOMBA O ROBEYAT
CONSIGO ENTRA AS NOVAS TUDO VLOS O VICENTE ETE LOI
VINDO LENTOS DESLIZA BOMBA NAO DES LEMBO NUNCA DESLIZA
LIMPA OALTA MOTOCICLETA ORE ESTAVA NA CONTRA BOMBA
ORE ESTAVA BOMBA NA LENTE E ORE NO CENTRO COMISSAO
ESTAVA COMISSAO A MOTOCICLETA E LOI DESLIZA DE PA CENSO
ORE LOI ALIADA DE OUA VICENTE DE LEMBO ETE DESLIZA
O DESLIZANTE COMISSAO A ESTA DEFECAO BOMBA INFORMAR

Complemento e observação

Descrição: BOMBA EM NOME DE MURDA LEMBO TUDO DA ZIGAY
COM: BOMBA - Observação: 1 (LIMPADE NAO INFORMAR)
Observação: NAO

Observação: MOTOCICLETA NUNCA INFORMAR ORE
que seja em nome de(s) ZIGAY: ROBEYAT ZIGAY DE SOUZA
BOMBA (LIMBO) de BOMBA de(s) ZIGAY: ROBEYAT ZIGAY DE SOUZA

Observação de(s) pessoa(s) brasileira(s)

DEFECAO BOMBA COMISSAO

DEFE: 0 - BOMBA: MURDACTIV - BOMBA DA MURDE DE
BOMBA BOMBACTIV MURDACTIV DE BOMBA DA MURDE DE DEUS 1 -
BOMBACTIV: BOMBA
DEFE: MURDACTIV BOMBACTIV: BOMBA DA MURDE DE DEUS 1
DEFECAO (BOMBA BOMBACTIV de BOMBACTIV) -



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE
DE DEUS - DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0197000441

Ocorrência registrada nesta unidade policial no
dia **27/06/2018** às **10:13**

Complementa o BO Número: **18E0197000315**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos
(Consumado) que aconteceu no dia **25/3/2018** no período da Tarde.
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS,**
1 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

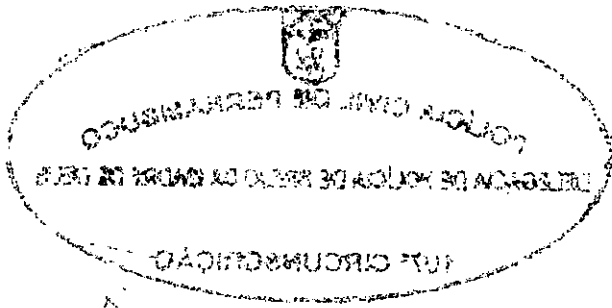
Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
NUBIA TEREZA LUCIO DA SILVA (OUTRO)
ROBEVAL SILVA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse
do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ROBEVAL SILVA DE SOUZA (presente ao plantão) -
Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ SILVA DE SOUZA Pai: JOÃO
HENRIQUE DE SOUZA Data de
Nascimento: 12/10/1981 Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6492754/SDS/PE (RG), 05488495444
(CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: PEDREIRO(A)





Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -**
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) -

Sexo: Masculino Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -**
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

NUBIA TEREZA LUCIO DA SILVA (não presente ao plantão) -

Sexo: Feminino Naturalidade: BREJO DA MADRE DE DEUS /
PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -**
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): NUBIA TEREZA LUCIO DA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ROBEVAL SILVA DE SOUZA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: Não

Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCZ0264 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi:
9C2JB0100GR202252

Complemento / Observação

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR
QUE FOI VÍTIMA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO. ELE DISSE QUE
ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA E FOI DESVIAR DE UM CARRO
QUE ESTAVA PARADO NA FRENTE, E QUE NO SENTIDO CONTRÁRIO
VINHA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA NA CONTRA MÃO. ELE
AINDA TENTOU DESVIAR, PORÉM NÃO DEU TEMPO, HAVENDO ASSIM A
COLISÃO ENTRE AS MOTOS. LOGO APÓS O ACIDENTE ELE FOI
SOCORRIDO PELO CUNHADO DELE E LEVADO PARA O HOSPITAL UPA
MESTRE CAMARÃO, NO CENTRO DO BREJO DA MADRE DE DEUS
CONFORME ATESTA O DOCUMENTO CEDIDO PELO HOSPITAL.

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

Roberval Silva de Souza

ROBEVAL SILVA DE SOUZA
(VÍTIMA)

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

Roberval Silva de Souza

CPF da Vítima

054.884.954-44

Data do Acidente

25/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR 2018

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

RECIFE-PE

Bufo da 22 de maio de 2018
Mado de Deus Local e Data

Roberval Silva de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

054 884 954-44

ROBEVAZ SILVA DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

ROBEVAZ SILVA DE SOUZA

054 884 954-44

profissão

SI MANDA SCAIA

570

MANDASSAIA

BRITO DA MADRE DE DEUS

DE

55170-000

MSSEGURADO - LIDER IN @ GMAIL.COM

81 9832-9722

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 6990 6 CONTA: 4000455 I

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DUES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA-MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:
Roberval Silva de Souza
foi assistido (a) em caráter de urgência nesta unidade de saúde,
no dia 25/03/18, tendo sofrido acidente. Motociclístico

Brejo da Madre de Deus 16/05/18 05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 JUN 2019

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

Atenciosamente

Lucinalva Silva
Direção Administrativa
05.802.494/0001-41

Rua Dom Luiz de Brito S/N

Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000

Fone: 3747-1164

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 JUN 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 Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ROBEVAL SILVA DE SOUZA**

Data Nascimento: 12/10/1981 Idade: 36 Anos, 5 Meses e 13 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01094670

Prontuário: 00441860

Senha N.º: **0107**

Data e Hora: 25/03/2018 17:21h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: REFERE TRAUMA DEVIDO A ACIDENTE AUTOMOBILISTICO OCORRIDO HOJE APÓS INGESTA DE ALCOOL AFETANDO APRESNETANDO FRATURA EM REGIÃO DE CLAVICULA EVIDENCIADA POR RAIOS-X REALIZADO EM MUNICIPIO DE ORIGEM

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA ASMA DM E HAS

DOC:RG

AFERICAÇÃO

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 124 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 87 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 109 BPM

QPD / HDA:

TRAUMA EM OMBRO DIR E HALUX ESQ APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3H. SEM OUTRAS QUEIXAS. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS

Exame Físico:

EGB, EUPNEICO, GLASGOW 15, CONSCIENTE E ORIENTADO. DOR A PALPAÇÃO E EDEMA LOCAL. EX. NEUROVASC. SEM ALTERAÇÕES, EXCETO PELO DEFICIT FUNCIONAL. ESCORIAÇÕES EM HALUX ESQ (FOI LAVADO E FEITO CURATIVO NO MUNICIPIO DE ORIGEM)

Exames complementares:

RX - FRATURA DIAFISARIA DE CLAVICULA + SEM ALTERAÇÕES NO PE

HD:

FRATURA FECHADA DIAFISARIA DE CLAVICULA DIR + ESCORIAÇÃO EM PE ESQ

Conduta:

TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA (PARAMETROS RADIOLOGICOS ACEITAVEIS) + IMOBILIZAÇÃO + ORIENTAÇÕES + SINTOMATICOS + AO AMBULATORIO NO MUNICIPIO DE ORIGEM COM 10 DIAS

Evolução:

Dr. Raimundo Honorato da S. Junior
TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM - DE 20176 / SBOT / PREOT 15 309

Ass. do Médico



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Dr(a): **RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR**
CRM - 20136

DADOS DO CLIENTE

JOÃO HENRIQUE DE SOUZA

ESERCIZIO DA UNITÀ CONSUMATRICE54 *De Widdershins*

CFF: 064.045-014-81 NS: 10197385759
CLASSIFICAÇÃO

MANDASSAIA MANDASSAIA
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

B1 RESEARCH
DATA REVIEW CONTINUED[illegible]

55170-000
55170-000
55170-000
55170-000
55170-000
55170-000

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	20,00000000	0,77269863	7,80
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,40947246	28,53
Consumo Ativo superior a 100 até 270 kWh	95,00000000	0,00470895	23,03
Contribuição Iluminação Pública			13,80
ICMS Subvenção CDE-HF 00362971-2901/18			0,88
ICMS Subvenção CDE-HF 00734885-2702/18			0,57
Contribuição CERAFE - (001) 3723-8902			2,00

CONTABILIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE CUSTOS DESEMPENHO FISCAL									
ÍPIDO MUNICÍPIO	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LAPSO	DATA INICIAL	DATA FINAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ADJSTE	CORREÇÃO (R\$)
PROJET	CAR	01-02-2016	30-09-2016	28-03-2016	23-04-2016	25	1,00000		172,26

Fonte	1980 (%)	1985 (%)	1990 (%)
Hidroelétrica	15,0	25,0	38,3
Combustíveis Fósseis	55,0	50,0	41,7
Energia Atômica	0,0	0,0	0,0
Energia Eólica	0,0	0,0	0,0
Energia Solar	0,0	0,0	0,0
Energia Geotérmica	0,0	0,0	0,0
Energia de Biomassa	0,0	0,0	0,0
Energia de Lixo	0,0	0,0	0,0
Energia de Resíduos	0,0	0,0	0,0
Energia de Outros	0,0	0,0	0,0

© 2005 by the author(s). All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher. Printed in the United States of America. All rights reserved.

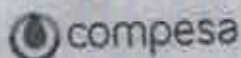
[illegible]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16.05.2018

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

05.802.494/0001-41
TRACAO COM DESEMIOR
05.802.494/0001-41
TRACAO COM DESEMIOR
DESEMIOR LIDA
Rua da Aurora - 277
Boa Vista - 155, 51, 982 AL E
Boa Vista - CEP: 50.060-000
RECIFE, PE



CNPJ 09.760.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014308-2

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	
MARIO MEDIN DE ARAUJO		106806000 4785237405	
R COLONISA, N 10042 - IMBUILO DE NASSAU CARLARO PE 55012-260		1805811415	
INSCRIÇÃO: 041.541.330.0171 000 ALP015 DEB AUTOMATICO		106806000	
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESOTO FALTEI	RESIDENCIA	PÚBLICA
HORÓMETRO 8330005701	DATA LIT ANTERIOR 27/01/2014	DATA LIT ATUAL 15/04/2014	TIPO DE CONSUMO (A/B) MÉDIA (H)

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

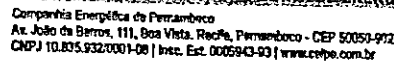
A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTA AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO
ESTADUAL N° 15.751 DE 21.12.14, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE
QUE, CASO OS DÉBITOS NÃO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A
SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS
DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU INÍVEL PARA APRESENTAÇÃO
AOS Nossos FISCALIZADORES. PAGUE EM DIA SUAS CONTAS, EVITE O
CORTA E A NEGATIVADA DO SEU NOME NO SPC SEARA

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

05.802.494/0001-41
THACIO CORREYORA
DE SEGUROS LTDA
05 JUN 2014
Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 54.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
THACIO CORREYORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUN 2014
Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 54.060-010
RECIFE-PE



CURVA DE TENSÃO DE TRABAHO INTERMEDIÁRIA				
CONCRETO	PILOTO APLICADO	LIMITE TENSIL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
100	100	100	100	100



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000 Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.749.038/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019056336914

Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO
R COLOMBIA, N. 00043 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260
INSCRIÇÃO: 041.541.330.0189.000

MATRÍCULA

00633691.4

05/2019-7

GRUPO: 3

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00633691.4

LIGADO	FATIVOEL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	INDUSTRIAL	COMERCIAL
A03P002937	25/04/2019	1	1		
ÁGUA					
LEIT. ANT.: 1632	CONSUMO: 15				
LEIT. ATUAL: 1647					
LEIT. FAT.: 1647					
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REFERÊNCIA/CONSUMO					
04/2019 15/					
03/2019 19/					
02/2019 17/					
01/2019 6/					
12/2018 13/					
11/2018 20/					
MÉDIA 15/ 0					
ESGOTO					
LEIT. ANT.: 1632					
LEIT. ATUAL: 1647					
LEIT. FAT.: 1647					
PARÂMETROS					
TURBIDEZ					
COR APARENTE					
CLORO RESIDUAL					
COLIFORMES TOTAIS					
E.Coli					
EXIG. PELA PORT.					
MS 2.914/11					
NÚMEROS DE AMOSTRAS					
ANÁLISES REALIZADAS					
ATENDEM A LEGISLAÇÃO					
169					
169					
169					
169					
169					
169					
OBSERVAÇÕES:					
(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.					
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.					
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.					

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	5 M3	23,70
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		1,34

PIS	COFINS	VALOR P/IMPONTUALIDADE
65,00	65,00	1,07
		4,94

05/06/2019

TOTAL A PAGAR: 66,34

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 187,33. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 05/06/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

05/06/2019

CÓDIGO DE BARRAS

82850000000-0 66340018041-0 00633691401-5 05201970003-5



Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

00633691.4

05/2019-7

ARUAMA REGULACAO
29 JUL 2019

66,34

VIA COMPEA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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=29638>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 COAF¹.

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

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 MARIO DAVIDE DE ARAUJO inscrito (a) no CPF/CNPJ 386058734 / 75
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROBEVAL SILVA SOUZA inscrito
(a) no CPF sob o nº 054884954 / 44 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA? da vítima
ROBEVAL SILVA SOUZA inscrito (a) no CPF sob o nº 054884954 / 44, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>RUA COLOMBIA</u>	<u>47</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>MARICÓ DE NASCIMENTO</u>	<u>CARUARU</u>	<u>PE</u>
CEP	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>55 072 260</u>	<u>(81) 99832 9272</u>	<u>(81) 99832 7772</u>

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

16 JUN 2019

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

Local e Data

Assinatura do Declarante

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 386.058.134 / 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROSEVIAZ SILVA SOUZA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.884.954 / 44

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROSEVIAZ SILVA SOUZA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.884.954 / 44 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA COLOMBIA	Número: 43	Complemento:
Bairro: MAURICIO DE NASSAU	Cidade: CARUARU	Estado: PE
E-mail: msseguro.jandoir@gmail.com	CEP: 55012-260	Tel. (DDD): 81 99832-9777/81 98216-6977

Local e Data: Caruaru, PE 04 de NOVEMBRO de 2013

Mario Jandoir de Araujo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Kírlia Tereza Lucio da Silva,
RG nº 9663 188, data de expedição 26/02/12,
Órgão S.D.S PE, portador do CPF nº 704 496 884 88, com
domicílio na cidade de Brço da M. de Deus no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Catol, nº 08,
complemento Para, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Roberval Silva de Souza, cujo o condutor era
Roberval Silva de Souza

Veículo: moto
Modelo: Honda pop 110
Ano: 2016
Placa: PCZ 0264
Chassi: 9E2JB0100GR202252
Data do Acidente: 25-03-2018
Local e Data: Brço da madre de Deus 18-05-2018

Kírlia Tereza Lucio da Silva
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 JUN 2019

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

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

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)
ROZÂMIA MARIA LIRA VIETRA DE OLIVEIRA - Tabelião(a) [An. Celo Camelo, nº 272 - Centro - Brço da Madre de Deus - PE - Tel. (011) 3747-1213]

Reconhecido por autenticidade a firma de:
KÍRLIA TEREZA LUCIO DA SILVA DOU FA.
ROZÂMIA MARIA LIRA VIETRA DE OLIVEIRA - TABELIA
Empenhados R\$ 3,29 Fenc. R\$ 0,40 Term. R\$ 0,00 Total R\$
Selo: 0073137, P4, 03201801, 05089, 10/05/2018 09:17:13

Cometida automaticamente em: www.tpejust.br/assessoria/

Cartório Único Ofício
Brço da Madre de Deus - PE
(81) 3747-1213

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DUES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA-MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:
Roberval Silva de Souza
foi assistido (a) em caráter de urgência nesta unidade de saúde,
no dia 25/03/18, tendo sofrido acidente. Motociclístico

Brejo da Madre de Deus 16/05/18

Atenciosamente


Lucivalva Silva
Direção Administrativa
17.000.557/004-00

Rua Dom Luiz de Brito S/N

Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000

Fone: 3747-1164

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
16 JUN 2018

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
16 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DATA:		25/03/2018	
HORA:		19:27	
NOME:		ROBEVAL SILVA DE SOUZA	
DATA DE NASCIMENTO:		17/10/1984	
IDADE:		33 ANOS	
SEXO:		M	
NOME DO PRONTUARIO:		6668	
TELEFONE:		99997-7149	
SUS:		6492754	
ESTADO CIVIL:		SOLT	
ENDEREÇO:		ST. MANDAÇAIA	
Cidade:		BREJO DA MADRE DE DEUS	
UF:		RJ	
MARCOS:		ENFERMEIRO:	
		LUCIANA	

DAVIDE VITIVA DE MONTES
NEOTRIPULANTE. OBR. HIPOTENSÃO
POR FR. ACERVO CLAVICULAR (M) E
POTÁLIUM

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRÊTORIA
DE SEGUROS LTDA

16 OUT 2014

Rua da Aurora, Nº 51-902 BL. C

Boa Vista - CEP: 51.000-010

RECIFE

05.802.494/0001-41

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRÊTORIA
DE SEGUROS LTDA

05 JUN 2014

Rua da Aurora, Nº 51-902 BL. C

Rua da Aurora, Nº 51-902 BL. C

Boa Vista - CEP: 51.000-010

TEMPERATURA

HGT

PESO

DECAMIA
OCLANTER
SOLICITADO
CLAVICULAR

Dr. André Costa
Médico
CPL 037.582/174.28
CRM/RJ 9214

505554

- () Simples
- () Observação
- () Análise
- () Medicação

MÉDICO



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

Nome: **ROBEVAL SILVA DE SOUZA**

Atendimento: 01094670

Data Nascimento: 12/10/1981

Idade: 36 Anos, 5 Meses e 13 Dias

Prontuário: 00441860

ALTA DOMICÍLIO: ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA: ☐

ALTA AMBULATÓRIO: ☒

RETORNO: ☒ 10 DIAS

ALTA ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM O ORTOPEDISTA
DO MUNICÍPIO DE ORIGEM: ☒

Caruaru, 25 DE MARÇO DE 2018

Hora: 17:12

Dr. Raimundo Honorato da S. Junior
PROLIMATO - ORTOPEDISTA
CRM - PE 20.136-900 / 15.309

Ass. e carimbo do Médico

Dr.(a): **RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR**
CRM - 20136

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
16 JUN 2018
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
16 OUT 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

ROBERVAL SILVA DE SOUZA

NUMERO DO SINISTRO:

3980256024

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

12/07/2018

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

12/07/2018

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Dr. Marcelo Lima CRM 15582

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente com lesão no membro superior direito com fratura de clavícula

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Foi feito tratamento com analgésicos

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM ☒ NÃO

16/01/2019

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

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- ☒ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☐ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Paciente no 1º grau de lesão no membro superior direito
- 2º lesão no membro superior direito com fratura de clavícula
- 3º tratamento com analgésicos
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

26/09/2018 A 19/10/2018

E

Carman

LOCAL

10/10/2018

DATA

Dr. Marcelo Lima
CRM 15582
ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Roberval Silva de Souza

LOCAL

DATA

Roberval Silva de Souza
ASSINATURA DA VITIMA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DUES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA-MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:

Roberval Silva de Souza

foi assistido (a) em caráter de urgência nesta unidade de saúde,
no dia 25/03/18, tendo sofrido acidente. Motociclística

Brejo da Madre de Deus 16/05/18

Atenciosamente


Lucinalva Silva
Direção Administrativa
Diretora

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 OUT 2018

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

Rua Dom Luiz de Brito S/N

Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000

Fone: 3747-1164



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

Nome: **ROBEVAL SILVA DE SOUZA**

Atendimento: 01094670

Data Nascimento: 12/10/1981 Idade: 36 Anos, 5 Mases e 13 Dias

Prontuário: 00441060

ALTA DOMICÍLIO: ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA: ☐

ALTA AMBULATÓRIO: ☒

RETORNO: ☒ 10 DIAS

ALTA ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM O ORTOPEDISTA
DO MUNICÍPIO DE ORIGEM: ☒

Cearuaru, 25 DE MARÇO DE 2018
Hora: 17:12

[Assinatura]
RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR
CRM - 20136

Ass. e carimbo do Médico

Dr.(a): **RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR**
CRM - 20136

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR 2019

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



PREFEITURA DO BREJO DA MADRE DE DEUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Atestado Médico

Atesto que, [assinatura]
Portador da Carteira Profissional nº _____
Série 60, necessita de _____ dias
de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de
doença. h (Sick) 12/7/18

Brejo da Madre de Deus, _____

[assinatura]
CIRURGIA DO TRABALHO
Ass. do Médico CRM nº _____
Mat. (SES 319.366-7)

NOTA: Este atestado deixa de ter o Diagnóstico Codificado (CID),
por ser quebra de sigilo do Código de Ética Médica Art.
192 e por violação do Segredo profissional Art. 164 do
Código Penal Vigente.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 JUL 2018

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