



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: 10DIAS

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

Caruaru, 25-DE MARÇO-DE-2016
Hora: 17:12

Dr. Raimundo Honório da S. Junior
TRAUMATO - ORTOPEDISTA
CRM - PE 20136 S0077 T07 15 309

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
DE SEGUROS LTDA
1065 JUN 2010
01/11/2019
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



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 RAIO-X REALIZADO EM MUNICIPIO DE ORIGEM

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA ASMA DM E HAS

DOC: RG

AFERIÇAO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 124 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 87 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardiaca: 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 DEFÍCIT 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 Horácio da S. Júnior
TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM - DE 201765 / SBOT / FTEOT 15309

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. Motociclistico

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

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

Atenciosamente

Lucimárcia Silva
Direção Administrativa
Diretora
Fone: 460.587.004-00

Rua Dom Luiz de Brito S/N

Brejo da Madre de Deus CEP: 55170-000

Fone: 3747-1164

L.F.A.	25/03/2018
HORA:	14:27
DATA DE NASCIMENTO	12/10/1981
16 ANOS	SEXO
MSAVER	M
ROQUEVANIA- IRMA	ESTADO/CIVIL
MANDAÇAIA	SOLTEIRO
MARCOS	BREJO DÁ MADRE DE DEUS
	ENFERMEIRO:
	LUCIANA

① DETERMINE WHETHER THE ALONE OF THE
SUSPECTS IS TRUE. USE EXPERTS.
NOT THE PERSON CONSIDERED IN
QUESTION

05.802.494/0001-4

~~TRAÇO CORPO~~

DE SEGUROS LTDA

16.01.2019

Ridge Avenue, L. 1/1. SLS 2 E. 1

BCA Viale Città 50.000-011

REC'D-FE-PB

05.802/194/0001-41
05.802/194/0001-41
TRAGÉIA CORRETORA U 1-41
DE SEGURO DA DATORA
DE SEGUROS LTDA

115 JUN 2009
FBI - DA AURORA, NEVADA, SI 902 BL C
RUA DA AURORA, NEVADA - CEP 50.060-010 C

Rua 424, Aurora, NE 8120-3902
Boa Vista - CEP: 50.060-0182

Boa Vista - CEP 69.000-010

7 TEMPERATURA

1-HGT

PESCA

1) Decameric eye 1100 feet 1/140 Elan
2) Organza tie 56554
3) Silk 18 C 1/140
4) Clunia 1/140

- () Simples
- () c/ Observação
- () Atenção
- () S. Medicacão

Dr. Alcides Costa
Médico
CPF 011.589.374-78
CRM RN 2214

MÉDICO



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

Atestado Médico

Atesto que, _____
Portador da Carteira Profissional nº _____
Série _____, necessita de _____ dias
de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de
doença.

Brejo da Madre de Deus,

CIRURGIA DO TRAUMATOGO
Ass. do Médico CRM nº
CRMIPE: 15582
Mat. (SES 319.366-5)

NOTA: Este atestado deixa de ter o Diagnóstico Codificado (D.C),
por ser quebra de sigilo do Código de Ética Médica Art.
102 e por violação do Segredo profissional Art. 154 do
Código Penal Vigente.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 DEZ 2019

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

SEGUIMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO
1º ALCALINIZAR MULHER DE 30 ANOS DE IDADE COM 200G DE SÓDIO SULFATO
2º ENTRAR NA CLOACAL, TROCAR A TUBO DE SÓDIO SULFATO
3º PONTO DE SORTE
4º
5º
6º

GRAU DE INCAPACIDADE FUNDACIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou grau atingido)

COM RELAGADO A INVÁLIDEZ PODER-SE CONCLUIR QUÉ:
[] A INVÁLIDEZ É TERRÍTORIAL. PORTANTO PODE-SE PASSAR DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
[] A INVÁLIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

DATA DO PACIENTE E CRM DO MÉDICO:	DATA DO PACIENTE DO TRATAMENTO MÉDICO:	DATA DO ACIDENTE:
02/07/2018	02/07/2018	02/07/2018
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:		
DRA. JUANITA H. BODDIE CIMA 14-582.		
LESOES RESULTANTES DO ACIDENTE:		
Placa de trânsito com placas de identificação de veículos		
Lesões resultantes de colisão com placas de identificação de veículos		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):		
<p><i>Até 10 de julho de 2018</i></p> <p><i>Até 10 de julho de 2018</i></p>		
EXISTE ALGUM DEFECTO FÍSICO OU DENGUE PRE-EXISTENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EXISTE ALGUM DEFECTO FÍSICO OU DENGUE PRE-EXISTENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
CASO POSSITIVO DESCRIER:		

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PROPRIO PUNHO)

ROBÉRVAL SILVA DE SOUZA
3180956024
NÚMERO DO SISTEMA:
NOME COMPLETO DA VITIMA:

ATENÇÃO: A maioria das relatórias é utilizada a serviço da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVAÍGÃO DE INVÁLIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)



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

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

JAILOSON



Ribeval Silva de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

ROBEVAL SILVA DE SOUZA

João Henrique de Souza

Maria José Silva de Souza

NATURALIDADE

Brejo da Madre da Deus-PE.

DATA DE NASCIMENTO

12.10.1981.

DOC. ORIGEM C.N. 2354.P.90v.L."A"03.Cart.Fazenda

Nova-Brejo da Madre de Deus-PE.

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

16 NUT 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA/001-41
DE SEGUROS LTDA
16 JUN 2019
RUA DA AURORA, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 JUN 2019

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

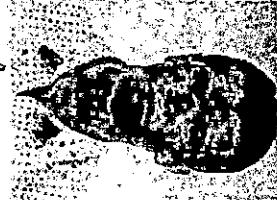
05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JUN 2019

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

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

01R23



Roberval Silva de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6492754

DATA DE EXPEDIÇÃO: 27.10.1999.

REGISTRO GERAL

NOME

FILIAÇÃO

Roberval Silva de Souza
Maria José Silva de Souza

NATURALIDADE

Brejo da Madre de Deus-PE.

DATA DE NASCIMENTO
12.10.1981.

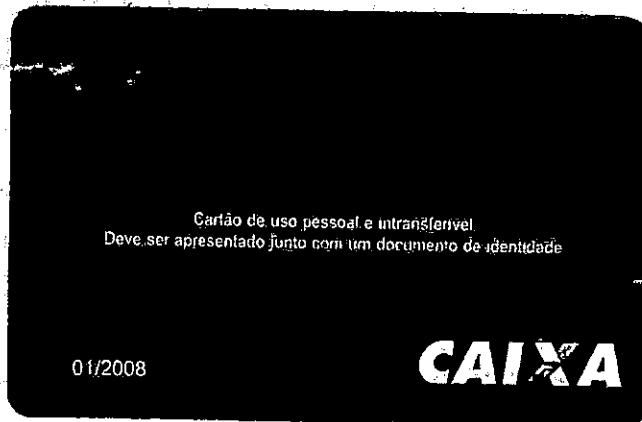
DOC. ORIGÉN. N. 2354. P. 907. L. "A" 03. Cart. Fazenda

Nova-Brejo da Madre de Deus-PE.

CPF

LEI N°7.110 DE 29/08/83

ASSINATURA DO TITULAR



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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



ARUANA SEGURADORA!
29 JUL 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 012238104633
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	1033935727	PNTRO	EXPERD
NURIA TERESA BORGES DA SILVA			
BREJO DA MADRE DE DEU			
704.495-834-00		PLACA	PC202254
PLACAMENTO		CHASSI	BC20B0100GR02252
CAR/VEÍCULO		COMBUSTÍVEL	97 E 93 E 95
2 P. 109 CL		MARCA/MODELO	HONDA/POP 110I
CATEGORIA		CATEGORIA	PARTIC
COR PREDOMINANTE		COR	BRANCA
COTA UNICA		VALOR COTA UNICA	VENC COTA
IPVA 2016 QUITADO		1*	2016-04-01
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO/COTAS	3*
A 1		3*	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
SEGURO FÁCIL		10	10
OBSERVAÇÕES			
AU. FIM ADE CONS NAO HONDA LTDA			
LOCAL		DATA	
BREJO DA MADRE DE DEU		26/04/16	
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
DETAN-PE			

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (OUPOR SUCARGA, APESSOSAS TRANSPORTADAS OU NÃO) - SEGURO DPVAT

PE N° 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

BREJO DA MADRE DE DEU		PERÍODO	26/04/16
VIA	704.495-834-00	PLACA	PC202254
REHAVAM	1033935727	MARCA/MODELO	HONDA/POP 110I
ANO/FAR	2016	PLAQUE	BC20B0100GR02252
PRÉMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
PRÉMIO (R\$)	IDF (R\$)	DEVAIRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IDF (R\$)	
PAGAMENTO		TUTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
		DATA DE PAGAMENTO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.908/0001-00
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE: S. GUARDE O BILHETE DPVAT
PRA DATA DE PAGAR 150 DIAS

OUT-2015

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 OUT 2016

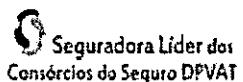
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 OUT 2016
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



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 BOA REVAL 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, CUI PARANTEESCO 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 MSSEGURU.JANDOIR@GMAIL.COM TELEFONE (81) 9.9832-9777
9.8236-6977

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, TALIS 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 DE 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, TALIS 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 50 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, ACESSE 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 EVIDENÇIA 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 EVIDENÇIA 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: 6492759

CPF: 054884954-44

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: ST MANDICARA ZONA RURAL

CEP: 55120 000

Telefone: (81) 998329277

OUTORGADO:

Nome: MARIO ZANDOIN DE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 7923963

CPF: 386058724-75

Profissão: AVTONOMO

Endereço: RUA ELOMBIA

Nº 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 mandado a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: ROBEVAL SILVA DE SOUZA

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

16/05/2019

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

BRETO DA M DE DEUS 76-05-2018

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
DE SEGUROS LTDA
05 JUN 2018 LTDA
16 OUT 2018 LTDA
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)
BIZUZIÁ MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELIÃ/NOTÁRIA | Av. Olímpio Costa, nº 317 - Centro - Boa Vista/RN - PE | Tel.: (81) 3747-1211

Reservado ao Poder Judiciário e à Fazenda Pública
ROBEVAL SILVA DE SOUZA DOU 16
ROBEVAL MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELIÃ
Endereços: lote 2, nº 30, Faz. R\$ 0,40, Tér. nº 2, lote Total
Selos: 007/117, LMDG201801.0482, 16/05/2018 16:22:29

*Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticidade

Cartório Único
Boa Vista/RN
(81) 3747-1213

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da 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 MANAÇABA ZONA RURAL

CEP: 55720 000

Telefone: (81) 998329277

OUTORGADO:

Nome: MARIO JANDOIN DE ARAUJO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 2923963

CPF: 386058734-75

Profissão: AVTONOMO

Endereço: RUA COLOMBIA N° 97

CEP: _____

Telefone: (81) 998329277

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeo 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 estabelecer 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 2019

BREJO DA MADRE 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
DE SEGUROS CORRETORA
05 JUN 2018 LTDA
06 OUT 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Boa Vista - RECIFE-PE CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)
ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - Tabeliã/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 Dout. f.

ROZANIA MARIA LIRA VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELIÃ

Emolumentos R\$ 3,59 Ferc R\$ 0,40 Tenc R\$ 0,80 Total R\$ 4,79
Selos: 0073437.UVD03201801.04982 - 16/05/2018 16:27:23

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

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

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

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

Nome completo da vítima

054.884.954-44

Ronalval Silva de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ronalval Silva de Souza	054.884.954-44	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Sítio Mandaguaiá	570	
Bairro	Estado	CEP
Zona - Rural	PE	55170-000
Email	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DEV. CONTA NRO. DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	NRO
Bank do Brasil	237
AGÊNCIA NRO.	DV
6990	6
CONTA NRO.	
1000455	
DV	
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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivação do crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 JUN 2018

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

Ronalval Silva de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
08 JUN 2018
Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

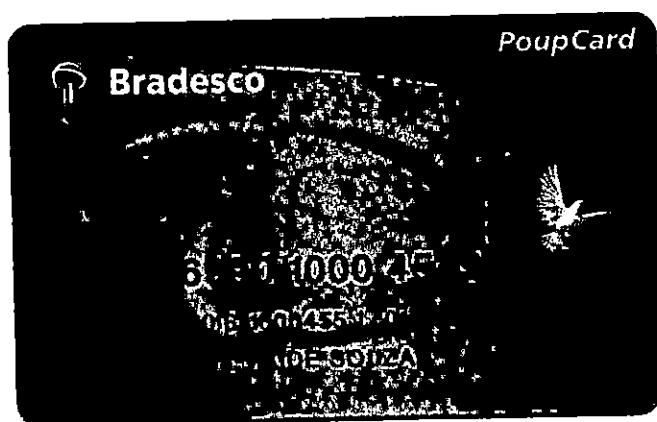


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/01/2019

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
16/01/2019
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: JECURSO	8 - Endereço: 51 MUNDA SCAIA	9 - Número: 570	10 - Complemento: 11 - Bairro: MANDASCAIA
12 - Cidade: BOM JESUS DA MARE DE DEUS	13 - Estado: RS	14 - CEP: 55170-000	15 - E-mail: MSSPECUDO.claro.m@GMAIL.COM
16 - Tel.(DDD):81.2816.6977 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____		
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA: _____		
AGÊNCIA: 6990	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____	(Informar o dígito se existir)
6	CONTA: 1000455	CONTA: _____	(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não				<input type="checkbox"/> 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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Belo Horizonte, 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS 001 10002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107º CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107ºCIRC DINTER1/17ºDESEC

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DE ALTOIS, 175, 5º ANDAR
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RUA DA AREIA, 1000, 5º ANDAR
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0197000314

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/05/2018

Rua da Aurora, 175, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo
(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

13 JUN 2018

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

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

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 COMPARCEU 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 CARGO DE PERNAMBUCO
QUE ESTAVA PARADO NA FREnte, E QUE NO SENTIDO CONTRÁRIO
VINHA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA NA CONTRA MÃO. ELE FICOU DE POLICIA DE BREJO DA MADRE DE DEUS
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

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2018
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
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rue da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
CEP: 50.060-010
RECIFE - PE
REC-PE-010

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 107ª CIRCUNSCRICAO - BREJO DA MADRE
DE DEUS - DP107 CIRC DINTER1/17 DESEC

05.802.494/0001-41
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0197000315
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/05/2018 Ocorrência registrada nesta unidade policial no
dia 16/05/2018 às 17:16
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Complementa o BO Número: 18E0197000314

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo
(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 PÚBLICA

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 Mão: 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: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 -
CEP: 0 - Bairro: MANDACAIÁ - 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 inquérito)

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

PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE
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/NAO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NAO INFORMADA)

Complemento / Observação

O DECLARANTE COMPARCEU 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 CONTRARIO 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(n) nesta unidade policial

Roberval Silva de Souza
ROBEVAL SILVA DE SOUZA
(MIMAS)

05.802.494/0003-41
05.802.494/0003-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
Data: 05/05/2018
VLR: R\$ 0,00
REC. 0060-010

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 107º CIRCUNSCRICAO - BREJO DA MADRE
DE DEUS - DP107ºCIRC DINTER1/17ºDESEC

05.802.494/0003-41
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0197000315
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/05/2018 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 - Culposo
(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 Mão: 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)

ВІДОВЛЯТИВСЯ ВІД АДМІНІСТРАЦІЇ ВІД МІСІЯВ

Qosoránkásokat ismertető előadásokat tartunk a következő időpontokban:

Complexo extracelular: 99% hidrônio; 0% sódio

DESENHOS DE MANGA PARA FAZER - 1000 MODELOS

Information on Infectious Disease Agents

ROBERT SILVA DE SOUSA (AVIM) (MÍSTICA TERRÍVELA LÍQUIDA DA SÍLVA) (OUTROS) (DESCOMUNICADO) AUTOR / VIGENTE)

ຄ່ອງທີ່ມີຄວາມ ປາ (ເຈັດ)ໃຫຍ່ວຽນ (ເຈັດ)ໃຫຍ່

ARTIGO: (Usez o link de edição da constituição), da seguinte forma:
ARTIGO (§1º) REGRAS SITUAÇÃO DE SUCÉDIA
que talvez seja útil para o seu caso.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
DE SEGUROS LTDA
7/6 JUN 2009
Rua da Aurora, No 175, SL 902 BL C
Boa Vista, CEP 50.060-010 C
Boa Vista/PE-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 COMPARCEU 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

BRASILIA - O presidente da Corte de Contas, Luiz Carlos Góes, fez um pronunciamento ontem, em que defendeu a aprovação da proposta de emenda constitucional que muda a regra de eleição dos governadores. Góes disse que a proposta é "um passo importante para a melhoria da vida política".

АС ОІОЛІ АЗЕРТ АНДЫҢ (НІҢ) (6)ЖЕ СУЕСЕНОРДА ЕД (СІЛІСІН) СІОМ
АСНОВ ЗЕ АҮНІС ДАВДОЯ (НІҢ) (6)ЖЕ САРДА МІ СУЕСЕ СЫР. АҮНІС
СЫРДЫ СІЗАКІРДІН СІЗАКІРДІНДАРДА СІЗДОДАМ (СІЛІСІН) СІЗАКІРДІНДА
СІЗІ СІЗАКІРДІНДА
(СІЗАКІРДІН СІЗІ ЗАДАМ) 7 телесіліненО - АСИЛАМ ТАС

Comparing OpenOffice and Microsoft Word

ADVICE TO AYING LAWYER
(CONT'D)



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
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107CIRC DINTER1/17DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0197000314

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

16/05/2018

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 25/3/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS,

1 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE

DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (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: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1 - CEP: 0 - Bairro: MANDACAIA - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

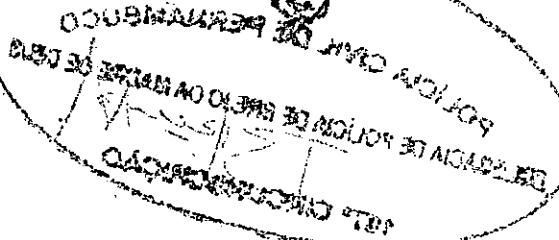


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DE ORGANIZAÇÃO - DPCO
DE ORIGEM - DPO

ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

ON ISÍLIO DE ABREU E MORAES
EISÉLIO DE ABREU E MORAES

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - DPCO
DE ORIGEM - DPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DE ORGANIZAÇÃO - DPCO
DE ORIGEM - DPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DE ORGANIZAÇÃO - DPCO
DE ORIGEM - DPO



20 DE JUNHO DE MIL E NOVECENTOS E NOVE
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DE ORGANIZAÇÃO - DPCO
DE ORIGEM - DPO

20 DE JUNHO DE MIL E NOVECENTOS E NOVE

AGUINHO; (M)ARIA DE JESUS DA SILVA DE SOUZA; (M)ARIA DE JESUS DA SILVA DE SOUZA
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DE ORGANIZAÇÃO - DPCO
DE ORIGEM - DPO

ROBÉRIO SILVA DA SILVA; (M)ARIA DE JESUS DA SILVA DE SOUZA
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DE ORGANIZAÇÃO - DPCO
DE ORIGEM - DPO

05.802.494/0001-41
TRAJÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/06/2018

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) -

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

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

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

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 COMPARCEU 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 CARGO
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)**

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

05.802.494/0001-41
TRAJÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/06/2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOOGTE AVOND JAVERAAR

Policy and procedure area and areas of responsibility (see section 18(2) of the Act).

COMBINED & OPEN SOURCE

AMBIENTES DE VIVIENDA Y OFICIOS. (100%)
ZONAS DE ESTACIONAMIENTO. (100%)
ZONAS DE ALMACENAJE. (100%)
ZONAS DE OFICIOS. (100%)
ZONAS DE VIVIENDA. (100%)

Следующий вопрос (в) опять (з) выясняет (2)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 107^ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS - DP107^ª CIRC DINTER1/17^ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 - Culposo (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 PÚBLICA**

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:

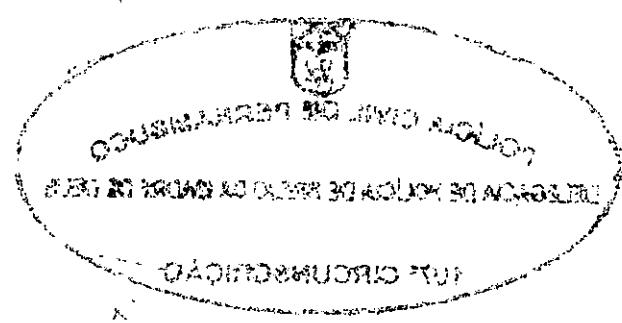
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBEVAL SILVA DE SOUZA**
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

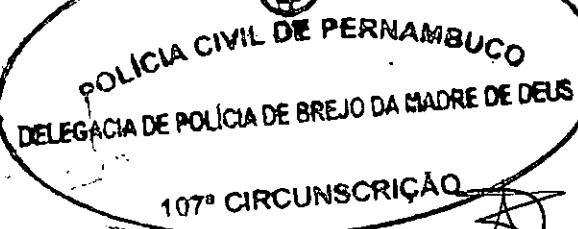
ROBEVAL SILVA DE SOUZA (presente ao plantão) -

Sexo: Masculino Mão: **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 COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR
QUE FOI VITIMA DE UMA ACIDENTE DE TRÂNSITO. ELE DISSE QUE
ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA E FOI DESVIAR DE UM CARRO
QUE ESTAVA PARADO NA FRENT, 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

Robeival Silva de Souza

**ROBEVAL SILVA DE SOUZA
(VITIMA)**

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

Reinaldo Silva de Souza

CPF da Vítima

054.884.954-44

Data do Acidente

25/10/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74,

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/01/2018

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

RECIFE-PE

*Bujo do
madrugada* Local e Data

Reinaldo 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: 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: JECURSO	8 - Endereço: 51 MUNDA SCAIA	9 - Número: 570	10 - Complemento: 11 - Bairro: MANDASCAIA
12 - Cidade: BOM JESUS DA MARE DE DEUS	13 - Estado: RJ	14 - CEP: 265170-000	15 - E-mail: MSSPECUDO.claro.m@GMAIL.COM
16 - Tel.(DDD): 21 2816 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 6990 CONTA: 1000455

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não teve filhos? teve irmãos?

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 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Belo Jardim de Deus, 06/11/19
Roberval Silva de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS 001 10002/2019

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:
Roberival Silva de Souza
foi assistido (a) em caráter de urgência nesta unidade de saúde,
no dia 25/03/18, tendo sofrido acidente. Motociclistico

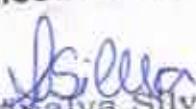
Brejo da Madre de Deus, 16/05/18

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16.05.2018

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

Atenciosamente


Lucimaiwa Silva
Direção Administrativa
077460-587/004-00

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

16.05.2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BLOCO
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



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 RAIO-X REALIZADO EM MUNICIPIO DE ORIGEM

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA ASMA DM E HAS

DOC: RG

AFERIÇAO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 124 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 87 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardiaca: 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 Horácio da S. Júnior
TRAUMATO-ORTOPEDISTA
CRM - DE 201765 / SBOT / FTEOT 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



Termo Fornecido de Energia Elétrica: Códido para Lote 10.432, de 26/04/2012
Companhia Energética de Pernambuco
Av. Julio de Souza, 111, São José, Recife, Pernambuco - CEP 50006-000
CNPJ 12.151.201/0001-28 | Fone: (81) 3202-0213 | e-mail: recife@cenae.com.br

DATA DO CUSTÔDIO

JOÃO HENRIQUE DE SOUZA

CPF: 061.045.014-81 MS: 10197365759
CLASSIFICAÇÃO

80 RESENHA
Ricardo FERREIRA/COMUNI

ENCOURAGE RAILROADS TO INVEST IN RAIL

SILVER-WEISSER

MANDASSAI MANDASSAI
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55.170-000

	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	VALOR (%)
Consumo Ativo até 30 kWh	20.000000	6.733.998,83	7,98
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.000000	8.403.174,46	10,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	55.000000	8.091.708,88	10,01
Constituição Ressarcimento Político			
ICMS Subvenção - CDE-NF 033622071-27/02/18			12,99
ICMS Subvenção - CDE-NF 007340885-27/02/18			0,88
Constituição CERAPE - (081) 3723-9900			0,57
			2,00

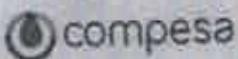
NPDO	TIPO DA FUNÇÃO	ANIVERSÁRIO MÊS	ANIVERSÁRIO LÉXICO	DATA MÊS	DATA LÉXICO	Nº DE DÍAS	CONSTANTE	AJUSTE	COEFICIENTE
Y00011	CAT	01-02-2016	01-02-2016	01-02-2016	01-02-2016	0	1.00000		100,00

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 OTT 2018

Rua da Aurora, Nº 175, 51-902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CÓRREGO EXMORA
DE SEMINÁRIO LTDA
Av. da Aurora, 195, 51.982-811
Boa Vista - EPP/50.000.410
RECIFE, PE



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	104800000-4785287865
MARIO ANDRADE DE ARAUJO		3805113415	
# COLORADA, 11 - 50062 - MUNICÍPIO DE MACEIÓ - ALAGOAS - PE		55012-266	
INSCRIÇÃO FISCAIS 541.330.0171-000 ALD/03 CEP AUTOMATICO 10000000			
ABASTECIMENTO ÁGUA LÉGADO	ABASTECIMENTO FILTRO	RESERVAÇÃO	PÚBLICA
MORADIM ESTANCIAS	DATA LETT ANTERIOR /7/2018	DATA LETT ATUAL 18/04/2018	TIPO DE CONSUMO (A)

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

A PARTE, R. DO RECEBIMENTO DESTA AVISOS, DE ACORDO COM O DECRETO
ESTADUAL N° 18.751 DE 21.12.94, FICA VOSA SINFONIA CLEONE
QUE, CASO OS DÉBITOS NÃO SEJAM PAGOS, EFETUAREMOS A
SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA, MANTERÁ OS
DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO DO SEU IMÓVEL PARA APRESENTAÇÃO
AO SEU FUNCIONÁRIO. PAGUE-SE DIA SEUS CONTAS, EVITE O
CORTE E A NEGATIVAÇÃO DO SEU NOME NO SPC SERASA.
CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

05.805.894/0001-41
TRAGÉDIA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
0.756.001.111
RUA DA AURORA, N° 175, 51.902 BL. C
Belo Horizonte - CEP 30.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAGÉDIA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18.111-77-1
RUA DA AURORA, N° 175, 51.902 BL. C
Belo Horizonte - CEP 30.060-010
RECIFE-PE



AVENIDA CRUZ CABUCA 411387 - SANTO ANARO RECIFE PE
CEP: 50040-000 Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 118.1.001.0014398-2
CNPJ: 08.763.035/0001-564
Qualidade da Água: www.compresa.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

GRUPO: 3

MATRÍCULA

006336914

05/2019-7

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00633691.4

DATA DE EMISSÃO:

LIGADO FACTÍVEL

DATA DE EMISSÃO:

A03P002937 25/04/2019

QUANTIDADES DE ECONOMIAS

RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

1 1 1 1

DATA LEIT. ATUAL 25/05/2019

TIPO DE CONSUMO (L/D)

REAL /

ÁGUA
LEIT. ANT.: 1632
LEIT. ATUAL: 1647
LEIT. FAT.: 1647

CONSUMO: 15

ESGOTO

LEIT. ANT.:

LEIT. ATUAL:

LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFÉRENCIA/CONSUMO

04/2019	15/	A [REDACTED]
03/2019	19/	E [REDACTED]
02/2019	17/	A [REDACTED]
01/2019	6/	A [REDACTED]
12/2018	13/	A [REDACTED]
11/2018	20/	A [REDACTED]
MÉDIA	15/ 0	A [REDACTED]

PARÂMETROS

TURBIDEZ
COR APARENTE
CLORO RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E.Coli

EXIG. PELA PORT.
MS 2.914/11

166

168

166

166

166

NÚMEROS DE AMOSTRAS

ANALISES

REALIZADAS

165

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

169

</div



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A 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 DIPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
(disponível 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:

www.observatorio.territorioweb.it/OCORIGINALESPLIT/TIPO=1ACCDIGO=29630

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 Fundo PIS/PIBIC, contudo, nos determinações 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 pensionismo.

⁷ Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas e administrar as penalidades previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA JOAQUIM DE MELLO 20 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 N054894954-44, do sítio de DPNAT cobertura IN VILA DE? da Vítima
ROBEVAL SILVA SOUZA inscrito (a) no CPF sob o N054894954-44, 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.

Assim, a omissão de mencionar declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Estou ciente de que a fabricante ou provedor de software informa:

Endereço RUA COLOMBOIA		Número 47	Complemento CASA
Bairro MURICIL DE NASCIMENTO	Cidade CARUARU	Estado PE	CEP 55 072-260
Email ASSEGURO-TANCOIA@GMAIL.COM		Telefone comercial (DDD) (81) 993329272	Telefone celular (DDD) (81) 993327777
		05-0	

EF 803 494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 NOV 2019

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

Assinatura do Declaram

05.802/0001-43
5.802/494/0001-41
TRACAF CORREIO E RETORNA
DE SEGUROSAIS LTDA
6 JUN 17 2017
Rua da Aurora, 15715, SL 902 BL C
Boa Viagem - RECIFE - PE - 50100-000
Boa Viagem - RECIFE - PE - 50100-000



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

ROGERIAZ SILVA SOUZA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.884.954-44

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROGERIAZ 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	CEP: 55012-260
E-mail: msseguro.jandoir@gmail.com		Tel.(DDD): 81 99832-9777//81 98216-6977	

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


Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Kíbia Terça Fábio da Silva,
RG nº 9663 188, data de expedição 26/10/12,
Órgão S.D.S PE, portador do CPF nº 404 496 884 88, com
domicílio na cidade de Brum do M. de Deus no Estado de
Armação, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Catolé, nº 08,
complemento Paro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Roberval Silva da Souza, cujo o condutor era
Roberval Silva da Souza.

Veículo: Moto
Modelo: Honda pop 110

Ano: 2016

Placa: PCZ 0264

Chassi: 9E2JB0100GR202252

Data do Acidente: 25-03-2018

Local e Data: Brum da Madre de Deus 18-05-2018

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/05/2019

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)

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - TABELIONATO - Rua Getúlio Vargas, nº 272 - Centro - Brum da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço por autenticidade a firma de:

MARIA TEREZA LUCIO DA SILVA Sou fe.

RODRIGA MARIA LIRA VIETRA DE OLIVEIRA - TABELIA

Endereço: R. 3, 59 Fone: R. 0,40 Tele: 28-1-50-1001 Telef. 081

cel: 0973/07, 01003301001-05099, 18/05/2018 09:12:36

*Comunicação autenticada em: www.tjpe.jus.br/authenticar/



05.802.494/0001-41
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

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

DECLARAÇÃO

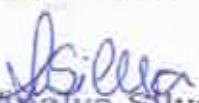
Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:
Roberival Silva de Souza
foi assistido (a) em caráter de urgência nesta unidade de saúde,
no dia 25/03/18, tendo sofrido acidente. Motociclistico

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

16/05/2019

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

Atenciosamente


Lucimávia Silva
Direção Administrativa
55170-004-00

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
DE SEGUROS LTDA
16/05/2019
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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: 10DIAS

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

Caruaru, 25 DE MARÇO DE 2016

Hora: 17:12

Dr. Raimundo Honorato da Silva Junior
PROJUMATO - ORTOPEDISTA
CRM - PE 20136-500 - TOT 15.100

Ass. e carimbo do Médico

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

05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRAMAR CORRETORA
DE SEGURO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
1065-0777-2019
1065-0777-2019
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

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

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

NOME COMPLETO DA VITIMA:

ROBERVAL SILVA DE SOUZA

NÚMERO DO SINISTRO:

3180256024

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:

Marcio Lima

CRM: 15.777

LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente caiu de cima de uma pedra de 100 kg.
Com fratura de clavícula.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Ter feito tratamento de 10/07/2018 a 05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

SIM

NÃO

15/07/2018

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

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL 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 caiu de cima de uma pedra de 100 kg.
2º Fratura de clavícula.
3º Rony dos Santos

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PÉRIODO DE 26/09/2018 A 19/10/2018 E
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Concurvo

10/10/2018

LOCAL

DATA

Dr. Marcio Lima
Ortopedia e Clínica da Dor
15.777
Assinatura e Carimbo

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Roberval Silva de Souza _____, Roberval Silva de Souza
LOCAL DATA ASSINATURA DA VITIMA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA-MESTRE CAMARÃO

DECLARAÇÃO

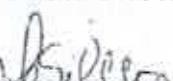
Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:

Roberval Siqueira de Souza

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

Brejo da Madre de Deus 16/05/18

Atenciosamente


Lucimárcia Silveira
Direção Administrativa
Diretora
m7597.004-00

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/05/2018

Rua da Aurora, nº 175, 5º 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 Meses e 13 Dias

Prontuário: 00441860

ALTA DOMICÍLIO:

ALTA TRANSFERÊNCIA:

ALTA AMBULATÓRIO:

RETORNO: 10DIAS

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

Ceruara, 25 DE MARÇO DE 2018

Hora: 17:12

[Assinatura]
Ass. e carimbo do Médico
Dr.(a): RAIMUNDO HONORATO DA SILVA JUNIOR
CRM - 20136

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16/03/2019

Rua da Aurora, 111 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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

Atestado Médico

Atesto que, Roberto Portador da Carteira Profissional nº _____
Série 60, necessita de _____ dias
de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de
doença.

12/2/18

Brejo da Madre de Deus,

CRISTÓVÃO LIMA
CIRURGIA DO TRABALHO

CRMPE: 15582
Ass. do Médico CRM nº
Mat. (SES 319.366-7)

NOTA: Este atestado deixa de ter o Diagnóstico Codificado (CIC),
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 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE