

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RIGARDO GOMALEFEN SAUTIT

B100-0

PROIBIDO PLASTIFICAR

Arnaldo Manoel da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

55.451.953-5 05/NOV/2011

ARNALDO MANOEL DA SILVA

MANOEL FRANCISCO DA SILVA

E JOSEFA JARDELINA DA CONCEIÇÃO

CARAUBAS - PE 21/MAR/1976

OROBO - PE

OROBO

CC-LV B007/ELS 0206/N 002206

021-114434/76

177 Delegado Divisório

Assinatura do Diretor Geral RIGDO SSPS

LEI Nº 7.116 DE 29/08/89

05.802.494/0001-4
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
02 JAN. 2013
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
FUNDAÇÃO NACIONAL DE ACOPLAMENTO

GERALDA DA SILVA COUTINHO

CPF 5237115-8000-PE

DATA NASCIMENTO 15/04/1976

FLUXO
GERALDO KERTIANO DA SILVA
DUVALINA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO **ACE** **OUT**
-AS- -AS-

Nº REGISTRO 03069494846 **VALIDADE** 29/04/2021 **1ª EMISSÃO** 05/11/2010

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÕES

Gerarda da Silva Coutinho

LOCAL **ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO** **DATA EMISSÃO**
LIMONTEO - PE 02/05/2018

[Assinatura]

ASSINATURA DO GESTOR **44211688994**
02/05/2018 **REC07386592**

SS - DETRAH - PE - P. P. P. N. M. B. U. C. O. T.

UNIDADE REGISTRADORA
1224143342

05.802.494/0001-2
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2019

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 - PE Nº 013222336465
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM PLACA EXERCÍCIO
1 357594320 PRX9880 2017

JOSE VITOR DA SILVA

ORÇEO EM

093 870 494-00 PRX9880

REACTANT / RECLASS
***** / PE 902KC1670CR403449

EAS / MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL
ALCOOL/CASOL

MARCA / MODELO ANO / FAB ANO / MOD
HONDA/CG 150 FAN EST 2011 2011

CAR / POT / CIL CATEGORIA COR / FREQUENTE
25/149CL FARTIC PRETA

FORMA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA 2017 QUITADO 1 *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS
1 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO COTAS (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

AL FID OBSERVAÇÕES
BANCO BRADESCO FINANCIAME

ORÇEO DATA
04/03/17

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013222336465 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE VITOR DA SILVA

55745-000

CS ORÇEO-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 04/03/17

VIA RENAVAM PLACA
1 357594320 PRX9880

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN EST

ANO / FAB ANO / MOD
2011 2011

RECLASS
902KC1670CR403449

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO


PARCELAMENTO DATA DE PAGAMENTO

SEQUESTRADA LIDER - DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOA
DE SEGUROS LTDA
02 JAN. 2013
Rua da Aurora, Nº 375, SJ 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001061/18

Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA

CPF: 021.114.434-76

Data do Acidente: 16/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARNALDO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Dedaração de Inexistência de IML

Dedaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

ARNALDO MANOEL DA SILVA : 021.114.434-76

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

Comprovante de residência

Dedaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2018

Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO

CPF/CNPJ: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2018

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24


Steffany Carolyn Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXÃO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E LEVE LIMITAÇÃO DA OPOÊNCIA DO POLEGAR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 3º DEDO COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luiz de Lima Casanova Neto

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

Procuração



Pelo presente Instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Arnaldo Manoel da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 55.457.353-5, expedido por SSP/SP, em

05/11/2011, inscrito no CPF sob o nº 021.114.434-76, residente na

Rua Alto São José, nº 21

complemento casa, Bairro Centro, cidade

Bom Jardim, Estado PE

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SDS/PE, em

06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na

Rua da Alegria, nº 317

complemento casa, Bairro Centro, cidade

Limoeiro, Estado PE

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

Bom Jardim 07 de dezembro de 2017

Outorgante X Arnaldo Manoel da Silva



Cartório Público de Registro Civil de Bom Jardim
Sergio Ricardo Vasconcelos TABELADO

Rua Ovídio Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55/90.000
Tel: (071) 3339.1010

Reconheço por Autenticidade a firma de ARNALDO MANOEL DA

SILVA, Bom Jardim, 07 de dezembro de 2017. Em test

da verdade, JOSÉ CARLOS DA SILVA

BEZERRA, ESPEVANTE AUTORIZADO Endl.: R\$ 3,49 - FERC: R\$ 0,39

- YSNR: R\$ 0,78 - Total: R\$ 4,66 Selos

0077506.DNFI1201701.01221 Consulta autenticidade em

05.802.494/0001-11

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180021559**

Vitima: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Data do Acidente: **16/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180021559**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12232362



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180021559**
Vitima: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**
Data do Acidente: **16/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180021559**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12244888



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Sinistro: **3180021559**
Vítima: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**
Data do Acidente: **16/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180021559** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Carta nº: 12543295

A/C: ARNALDO MANOEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180021559
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA
Data do Acidente: 16/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000053**

Conta: **0000077833-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXÃO DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E LEVE LIMITAÇÃO DA OPOÊNCIA DO POLEGAR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 3º DEDO COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luiz de Lima Casanova Neto

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

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

021.114.434/76

Arnaldo Manoel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Arnaldo Manoel da Silva		CPF titular da conta 021.114.434-76	Profissão* Agricultor
Endereço Rua João Batista Ramos		Número 58	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Ouro Preto	Estado PE	CEP 55.745-000
Email		Telefone (DDD) (81) 99938-8886 99137-5964	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0053 D/V CONTA NRO. 77833 D/V 9.
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobrança secundária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

02 JAN. 2013

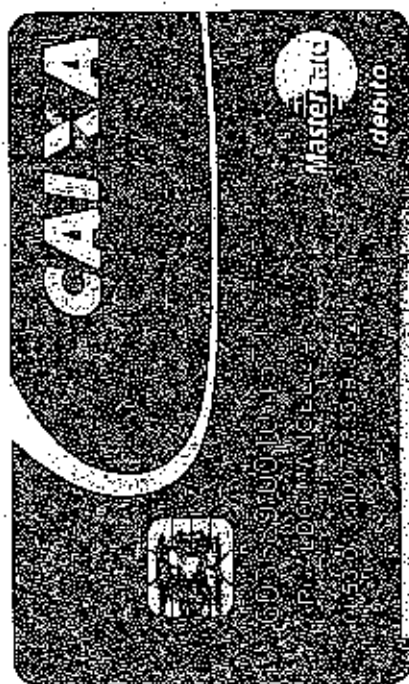
Ouro Preto - PE, 26 de Novembro de 2012
 Local e Data

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

X Arnaldo Manoel da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

vito
Aurora



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180021559
Nome do(a) Examinado(a): Arnaldo Manoel da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Batista Ramos, 58 Cs
Centro Orobo PE CEP: 55745-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 554513535
Data local do acidente: [16/10/2017]
Data local do exame: [07/03/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 3O DEDO DA MAO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 4O E 5O DEDOS DA MAO DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM LIMPEZA E FIXAÇÃO COM FIO DE AÇO DO 3O DEDO E IMOBILIZAÇÃO DO 4O E 5O DEDOS DA MAO DIREITA. NAO REALIZOU FISIOTERAPIA
Complicações: RIGIDEZ ARTICULAR E DESVIO ROTACIONAL
Data da Alta: JANEIRO/18
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXAO DO 3O DEDO DA MAO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E LEVE LIMITAÇÃO DA OPOENCIA DO POLEGAR DIREITO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICT FUNCIONAL LEVE DA FUNCAO GLOBAL DA MAO DIREITA (PINÇA, OPOENCIA E FIRMEZA DA PREENSAO)
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

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

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0207000844**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2017** às **13:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/10/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, PE-88** - Bairro:
ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
PERDA DO NAVIO
Local do Fato: **ROBOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ VITOR DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
ARNALDO MANOEL DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JOSÉ VITOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA HERMELINDA DA SILVA**
Pai: **JOAO MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **22/5/1992** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **8408733/SDS/PE (RG), 09387049400 (CPF), 08717513717 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ALMOXARIFE** Motivo da Viagem: **OUTROS**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OROBO, 32, RUA JOÃO BATISTA RAMOS - CEP: 55730000 - Bairro:**
CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CRECHE

05.802.494/0001-41

ARNALDO MANOEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA JARDELINA DA**
CONCEIÇÃO Pai: **MANOEL FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/3/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**
PARAIBA / BRASIL Documentos: **554813535/SSP/SP (RG), 02111443475 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)**
Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BOM JARDIM, 21, RUA ALTO SÃO JOSÉ - CEP: 55730000 - Bairro: CENTRO**
- BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A CHICO CALÇADOS

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR DA SILVA**, que estava em posse do(a)
Sr(a): **JOSÉ VITOR DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **PEX8880** (PERNAMBUCO/OROBO) Renavam: **357694320** Chassi: **9C2KC167DCR403448**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA O SENHOR JOSE VITOR DA SILVA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, PELA RODOVIA PE 88, NA ALTURA DO SÍTIO PEDRA DO NAVIO, NESTE MUNICÍPIO, NO SENTIDO ENCRUZILHADA/BOM JARDIM, TRANSPORTANDO NA GARUPA A PESSOA DE ARNALDO MANOEL DA SILVA, QUANDO FOI DESVIAR DE UM BURACO NA RODOVIA, FAZENDO UMA MANOBRA BRUSCA, PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO CAINDO AS MARGENS DA RODOVIA, CAUSANDO LESÕES NOS DOIS OCUPANTES E DANOS NA MOTOCICLETA. INFORMA AINDA, QUE ARNALDO FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA REMOVIDO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA UNIDADE POLICIAL, QUE ANEXA AO BO.

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

JOSÉ VITOR DA SILVA

(AUTOR \ AGENTE)

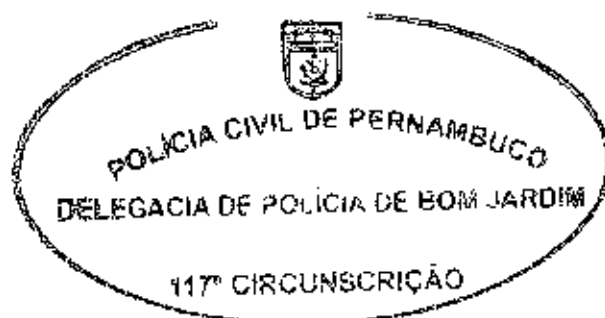
x José Vitor da Silva

ARNALDO MANOEL DA SILVA

(VITIMA)

x Arnaldo Manoel da Silva

B.O. registrado por: **JOSÉ IGLÉSIO CAMPOS DE MORAIS** - Matrícula: **134881-7**



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Arnaldo Manoel da Silva

CPF da Vítima

021.114.434-76

Data do Acidente

16/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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 não submeter a 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.

05.802.494/0001-41

TRABALHO CORRETO

05.802.494/0001-41

02 JAN. 2018

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.

Rua da Aurora, nº 1153, 3º andar

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Arquivo-PV-26 de 20 de dezembro de 2017.

Lugar e Data

X Arnaldo Manoel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**PREFEITURA DO
BOM JARDIM**



HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
SERVICO DE PRONTO ATENDIMENTO

Idade	10 - 10 - 17	Horas	17/32	Registro	3498 35
Nome	Arnaldo Juvencio da Silva			Referência	
Endereço	Alto de São José				
Cidade		Cidade	Brasília	Profissão	
Idade	41a	Sexo	M		
Responsável	José Juvencio da Silva				
Endereço Responsável	Alto de São José			Fone	
Nascimento	21-03-1976				

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSOR

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado
CAUSA	<input type="checkbox"/> Atracelamento	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Capotagem	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ignorado

AGRESSÃO

☐ OR ☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Escapamento ☐ Outro ☐ Ignorado
☐ (Outro) ☐ Assalto Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

RICEM ☐ Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☒ Outro ☐ Ignorado

173 AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

☐ Arma de Fuego ☐ Enforcamiento ☐ Drogas ☐ Quebrío de Niviel ☐ Guitra ☐ Aguardado

☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

☐ Intoxicação Aguda, etc. ☐ Onda Acidêmica ☐ Afogamento ☐ Queimaduras ☐ Outro ☐ Ignorado

☒ LOCAL DE OCORRÊNCIA

☒ Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado

THEIRAS

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA LTDA
DE SEGUROS LTDA

YANUARIUS

PA _____ EC _____ PULSO _____ Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 B, L. 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PENSFERRA
RECIFE-PE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

1. The first part of the document is a header section containing the following information:

[Handwritten signature]

DOCUMENTOS CÓDIGO

[illegible]

1

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARNALDO MANOEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000077833-9

Nr. da Autenticação 0CCE31CD69C9D96E

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Arnaldo Manoel da SilvaRG nº 55.451.353-5 data de expedição 05/11/2010 Órgão SSP-SP

CPF nº 021.114.434-76, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro.

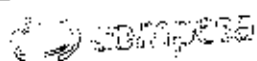
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Batista Ramos</u>
Número	<u>58</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Oratório</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.745-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886 / (81) 99133-5964</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Oratório - PE, 26/12/2014Assinatura do Declarante: Arnaldo Manoel da Silva95.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

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



ATENDIMENTO: RUA MANOEL SILVESTRE DA MATA RIBEIRO - NUM. 0
0037 - CENTRO OROBO PE 55745-000

INSCRIÇÃO: 097-818-190-0000-133 GRUPO 3 DEB AUTOMATICO-016453633
SITUAÇÃO: RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATENDIMENTO: RUA MANOEL SILVESTRE DA MATA RIBEIRO - NUM. 0
0037 - CENTRO OROBO PE 55745-000

INSCRIÇÃO: 097-818-190-0000-133 GRUPO 3 DEB AUTOMATICO-016453633
SITUAÇÃO: RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

LIGADO	POTENCIAL	DATA DE ANTERIOR	DATA DE ATUAL	REAL
Y30N465608	04/10/2017	04/11/2017		

ÁGUA:
LEIT ANT: 1074 CONSUMO: 8
LEIT ATU: 1082
LEIT FAT: 1082

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2017 23
08/2017 06
07/2017 09
06/2017 13
05/2017 13
04/2017 14
MÉDIA: 13

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
TURBIDEZ	14	14	10
COR APARENTE	14	14	8
CLORO RESIDUAL	14	14	14
COLIF. TOTAIS	14	14	14
E. COLI	14	14	14

Qualidade de Água: www.cspes.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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

ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO
8 M3
TOTAL(R\$)
40,18
2,05

MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2017

5.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

VENCIMENTO:

14/11/2017

MENSAGEM:

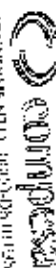
VENCIMENTO:

14/11/2017



4230000000-7 423001

ATENÇÃO: NÃO DEBOLHAR
NEM DESMONTAR
NEM DESMONTAR



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Arnaldo Manoel da SilvaRG nº 55.451.353-5 data de expedição 05/11/2010 Órgão SSP-SP

CPF nº 021.114.434-76, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro.

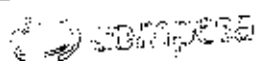
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Batista Ramos</u>
Número	<u>58</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Oratório</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.745-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886 / (81) 99133-5964</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Oratório - PE, 26/12/2014Assinatura do Declarante: Arnaldo Manoel da Silva95.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

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



ATENDIMENTO: RUA MANOEL SILVESTRE DA MATA RIBEIRO - NUM. 0
0037 - CENTRO OROBO PE 55745-000

INSCRIÇÃO: 097-818-190-0000-133 GRUPO 3 DEB AUTOMATICO-016453633
SITUAÇÃO: RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATENDIMENTO: RUA MANOEL SILVESTRE DA MATA RIBEIRO - NUM. 0
0037 - CENTRO OROBO PE 55745-000

INSCRIÇÃO: 097-818-190-0000-133 GRUPO 3 DEB AUTOMATICO-016453633
SITUAÇÃO: RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

LIGADO	POTENCIAL	DATA DE ANTERIOR	DATA DE ATUAL	REAL
Y30N465608	04/10/2017	04/11/2017		

ÁGUA:
LEIT ANT: 1074 CONSUMO: 8
LEIT ATU: 1082
LEIT FAT: 1082

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2017 23
08/2017 06
07/2017 09
06/2017 13
05/2017 13
04/2017 14
MÉDIA: 13

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
TURBIDEZ	14	14	10
COR APARENTE	14	14	8
CLORO RESIDUAL	14	14	14
COLIF. TOTAIS	14	14	14
E. COLI	14	14	14

Qualidade de Água: www.cspes.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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

ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)
8 M3 40,18
2,05

MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2017

5.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

VENCIMENTO:

14/11/2017

MENSAGEM:

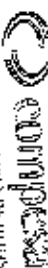
VENCIMENTO:

14/11/2017



4230000000-7 423001

ATENÇÃO: NÃO DEBOLHAR
NEM DESMONTAR
NEM DESTRUIR





PARA USO DOS CORREIOS

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE |
| <input type="checkbox"/> RECUSADO | <input type="checkbox"/> CEP INCORRETO |
| <input type="checkbox"/> FALECIDO | <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO |
| <input type="checkbox"/> AUSENTE | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO OU SÍNDICO |

REINTEGRADO AO
SERVIÇO POSTAL EM:

RESPONSÁVEL:



PARA DDD OU DDI,
USE SEMPRE O 31.
E ECONOMIZE NAS LIGAÇÕES
DE LONGA DISTÂNCIA.

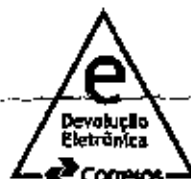


CTC RECIFE PE PLS
GEANE DA SILVA COUTINHO
RUA ALEGRIA, 317
CENTRO
55700-000 LIMOEIRO-PE



721351282008397000008283530051017

PX DETRAN



FALE COM A GENTE - GRÁTIS 103 31
INTERNET OLCOM.BR
AUXÍLIO À LISTA 102*

*Serviço sujeito a cobrança. Consulte sua operadora.

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em lotário, por apresentação do futuro, está sujeita a cobrança. Para mais informações ligue 103 31.

ANATEL - 1331
CAIXA POSTAL 01: 711
CEP 60060-480, RECIFE - PE

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA (CDLP) DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 102.
31 01 • 12 CTBC • 13 Fonei • 15 Telefônica • 16 Vlocity • 17 Transi • 18 Epsilon • 21 Embratel • 22 Intelig • 24 Primeira Escopo • 25 BVT
28 02T • 29 Alparma • 30 T-Lite • 32 Convergê • 34 ETEL • 35 Geração • 37 Golden Line • 38 TESA • 39 Engenex • 41 TIM • 42 01 Group
43 Sencomtel • 46 Global Crossing • 48 Maja Telecom • 47 03 Communications • 63 01DARA • 67 Brasil • 68 Voigt • 82 Capten • 88 Hello Brazil
86 Telecom 95 • 97 ALDOLA • 71 Deltaphone • 81 Semusai • 84 08T • 85 America Net • 91 PCorp • 98 Amigo Telecom

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO¹¹
É A FORMA MAIS PRÁTICA E RÁPIDA
DE FAZER SEU PAGAMENTO.

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES 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 Glauco da Silva Coutinho inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794 / 51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Arnaldo Manoel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.114.434 / 76 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Arnaldo Manoel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.114.434 / 76 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 <u>Rua da Alegria</u>		Número <u>317</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.700-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>05.802.84898-8886</u> / <u>81</u> Telefone celular (DDD) <u>33.27.5964</u>	

Assinatura PE 27 de Janeiro de 2012
Local e Data

02 JAN. 2013
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Glauco da Silva Coutinho
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Jose Vitor da Silva

RG nº 8.408.733, data de expedição 06/11/2007

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 093.890.494-00, com

domicílio na cidade de Orobo, no Estado de

Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

João Batista Ramos, nº 32,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Arnaldo Manoel da Silva cujo o condutor era

Jose Vitor da Silva

Veículo: motocicleta Honda CG 150 FAN ESI

Modelo: 2012

Ano: 2011

Placa: PEX-9880

Chassi: 9C2KC1670CR403449

Data do Acidente: 16/10/2017

Local e Data: Bom Jardim, 07 de dezembro de 2017

X Jose Vitor da Silva
Assinatura do Declarante

X Jose Vitor da Silva

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

Cartório Sérgio Vasconcelos
Sérgio Ribeiro Vasconcelos - TABELAO

Rua Conselheiro Lima, 12 - Jardim
Bom Jardim/PE - Cep 55130-000
Tel (011) 2638-1810

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE VITOR DA SILVA.

Bom Jardim, 07 de dezembro de 2017. Em test?

da verdade. JOSE CARLOS DA SILVA

BEZERRA, EXCELENTE AUTORIZADA Emol.: R\$ 3,49 - FEE: R\$ 0,39

- TOTA: R\$ 0,78 - Total: R\$ 4,26 Selos

0077596-YPL11201701.01720 Consulte autenticidade em

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

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

HOSPITAL
Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ARNALDO MANOEL DA SILVA

REG.: 488045

SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA ----- 20 SESSÕES
PARA GANHO DE ADM EM MÃO DIREITA
ACF.

Dr. B. Nicolletti
MÉDICO
CRM-PE 25.381

6/11/17

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

para os devidos fins que o paciente **ARNALDO MANOEL DA SILVA** internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia-ortopedia, de 10/17 ao dia 16/11/17, para tratamento médico-hospitalar. Necessita (QUINZE) dias de afastamento das atividades habituais, para seguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S62.7

16/11/17

Daniel B. Nicoletti
MÉDICO
CRM/PE 25.331

05.802.494/0001-7
TRACÇÃO CORRRETORA
DE SEGUROS LTDA
02 JAN. 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ARNALDO MANOEL DA SILVA**, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia-ortopedia, de 18/07/17 ao dia 16/11/17 para tratamento médico-hospitalar. Patologia CID 10: S62.7

Deixo a cargo de o **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Daniel B. Nicoletti
MÉDICO
CRM/PE 25.331

Recife, 16/11/17



HOSPITAL
Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

E: ARNALDO MANOEL DA SILVA

Uso Oral

Cefalexina 500mg ----- 28 Comprimidos

Tomar 01 CP VO de 6/6h por 7 dias

CETAMOL 750 MG mg ----- 01 caixa.

Tomar 01 CP VO de 6/6 h se dor ou febre

Daniel B. Nicolletti
MÉDICO
CRM/PE 25.331

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

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

17



HOSPITAL
Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

PACIENTE: ARNALDO MANOEL DA SILVA

RX

Uso Oral

1) Cefalexina 500mg ----- 28 Comprimidos

Tomar 01 CP VO de 6/6h por 7 dias

2) PARACETAMOL 750 MG mg ----- 01 caixa.

Tomar 01 CP VO de 6/6 h se dor ou febre

Daniel B. Nicolletti
MÉDICO
CRM/PE 25.331

16/11/17



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

ARNALDO MANOEL DA SILVA

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CLÍNICA:

ORTOPEDIA

ENFERMARIA:

C3

LEITO:

04

Nº DO REGISTRO:

458095

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

49

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F. ☐ M. ☐

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

FRATURA EXPOTA DE F2 EM 32 QDD + FRATURA FOCADA DE

COMORBIDADE:

F2 DE Q3 e 32 QDD.

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

INTERAMENHO 1/ TIO CIRURGICO

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 16, 17, 17

DATA DA ALTA: 16, 17, 17

DIAS DE INTERNAÇÃO: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.

EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

MATRÍCULA

1

CIRURGIÃO

2

1º AUXÍLIO CIRÚRGICO

3

2º AUXÍLIO CIRÚRGICO

4

ANESTESISTA

5

CLÍNICO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

HEMODIÁLISE

☐☐

DIÁRIA DE UTI

☐

USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

☐☐

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

☐

USO DE OXIGÊNIO

☐☐

USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

☐☐

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

16/17/17 LMC + REDUÇÃO INTRA-ARTICULAR E IMOBILIZAÇÃO DE F2 EM 32 QDD + SUTURA + TALE MÉDICA. RADIOMAN RECITE COM SUTURA DE CONJUNÇÃO LIGAM. COSTA.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

CEFALOTINA + ANTIEMÉTICOS

05.802.494/0001-47

PRACÇA CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

C MENO INICIAL

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

BOAS CONDIÇÕES

02 JAN 2013

MOTIVO DA ALTA:

☐ CURADO☒ MELHORADO☐ TRANSFERÊNCIARua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
BOA VISTA☐ OUTROSRECIFE-PE
IML

SVO

BO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):

RETORNO COM 04 DIAS AG MANTENDO OS EL TALE (PAINEL) (M.E.)

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

FICUTURA + USO DE ANTIEMÉTICOS
APTITUDE SE MANUTEREM BONS

16, 17, 17

Daniel B. Nicoletti
MÉDICO
CRM - PE 23.331

50.802.494



PREFEITURA DO
BOM JARDIM

Nome: Antonio Moura de Jesus

Endereço: 91943

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado,

Attesto a veracidade (HABIT) do

do nome, verdadeiro

do nome em 11

de 11 de 11

50.802.494 de 90 (11/11/11)

de 11 de 11

11/11/11 de 11 de 11

de 11 de 11

Bom Jardim, 16/12/11

Dr. Miguel Rêgo
Médico

50.802.494/0001-41
THACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

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



**HOSPITAL
DO VALE**

INSTITUTO VALE DO CARISMA EM
INOVACÕES EM EDUCAÇÃO E SAÚDE
CNPJ: 19.289.494/0001-02

Armando Manoel da Silva
ATESTADO

ATESTO QUE O PACIENTE ARMANDO G.
FORNADOR DE SEQUELA DE MÚLTIPLOS
FRATURAS NA MÃO D; ÚLTIMA DE
NO DO TRÁFEGO EM 36/10/2017 e
TRATADO CIRURGICAMENTE EM OUTRO
SERVIÇO.

NO MOMENTO APRESENTA FIDELIZ
DO 2º, 3º, 4º e 5º dedos DE MÃO

Dr. José Wanderley da Siqueira
Traumato - Ortopedista
CRM - 11.174

Rua Severino Vasconcelos Aragão, 117 - José Fernandes Salsa
CEP: 55.700-000 - Limoeiro/PE - Fone: (81) 3628.0166 - Fax: (81) 3628.1317

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 FEV. 2013

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


DIREITA, PARCIAL, LA/ENRDO
EM DEBILIDADE PERMANENTE
DO MEMBRO COMPROMETIDO.

LIMOGES 21/02/18


Dr. Jose Wanderley Siqueira
Traumato-Ortopedista
CRM 8024

PACIENTE EM ALTA MÉDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001061/18
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA
CPF: 021.114.434-76

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/10/2017
Titular do CPF: ARNALDO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

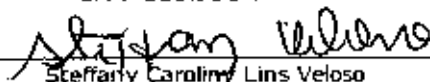
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2018
Nome: Steffany Caroline Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24



Steffany Caroline Lins Veloso