



Número: **0048874-18.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
DIEGO PONTES DE CARVALHO PIRES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57032161	28/01/2020 10:54	2649163_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00488741820198172001

ARUANA SEGUROS S/A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no ombro esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190388242 Cidade: Caruaru Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA Data do acidente: 20/01/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA À ESQUERDA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO ABDOME À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS).
TRATAMENTO CONSERVADOR DO ABDOME.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro superior esquerdo com repercussão leve (25%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO OMBRO ESQUERDO:**



ATO-Declaratório



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



ANAMNESE

Paciente: JADIELSON JOSE LEMOS SILVA

Data Nascimento: 23/02/2001

Idade: 17 Anos, 10 Meses e 28 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01197211

Prontuário: 00217030

Senha N.º: 0009

Data e Hora: 20/01/2019 05:01h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO + - UMA HORA APRESENTA ESCORIAÇÕES EM TODO CORPO, DOR E EDEMA EM CLAVÍCULA E, CORTE EM REGIÃO ABDOMINAL. NEGA ALCOOLISMO. NEGA OUTROS SINTOMAS.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIAS

NEGA DM E HAS

RG

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A. Sistólica: PAS: 120 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A. Diastólica: PAD: 80 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

QPD / HDA:

PCT: REFERE DOR E EDEMA EM OMBRO ESQ. E EM ABD INF ESQ, APÓS QUEDA DE MOTO HÁ 1H. REFERE NÃO LEMBRAR SE VOMITOU OU PERDEU CONSCIÊNCIA.

Exame Físico:

EGR, CONSC, ORIENT, EUPN, AFEB, NORMOC, HDT, ECG-15 PUPILAS ISOCÓRICAS

AR: MV + EM AHT SEM RA

ACV: RCR EM 2T BNF SS

ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR, COM LESÕES COM PERDA DE TECIDO

EDEMA EM OMBRO E REGÃO CLAVICULAR ESQ.

Exames complementares:

HD:

FRATURA ?

Conduta:

VPM

A ORTOPEDIA

A SALA AMARELA

Evolução:

Av. José Marques Fortes, 570

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.



DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI OMBRO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: OMBRO ESQUERDO.

Em caso de condenação, requer a aplicação da a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0048874-18.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
DIEGO PONTES DE CARVALHO PIRES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57032162	28/01/2020 10:54	ANEXO	Outros (Documento)

CONTRO		RENTABIL	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETALHE PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 014356383164 ANEXO 01	
PLACA 003.172.504-12		ANEXO 02 003.172.504-12	
ANEXO 03 003.172.504-12		ANEXO 04 003.172.504-12	
ANEXO 05 003.172.504-12		ANEXO 06 003.172.504-12	
ANEXO 07 003.172.504-12		ANEXO 08 003.172.504-12	
ANEXO 09 003.172.504-12		ANEXO 10 003.172.504-12	
ANEXO 11 003.172.504-12		ANEXO 12 003.172.504-12	
ANEXO 13 003.172.504-12		ANEXO 14 003.172.504-12	
ANEXO 15 003.172.504-12		ANEXO 16 003.172.504-12	
ANEXO 17 003.172.504-12		ANEXO 18 003.172.504-12	
ANEXO 19 003.172.504-12		ANEXO 20 003.172.504-12	
ANEXO 21 003.172.504-12		ANEXO 22 003.172.504-12	
ANEXO 23 003.172.504-12		ANEXO 24 003.172.504-12	
ANEXO 25 003.172.504-12		ANEXO 26 003.172.504-12	
ANEXO 27 003.172.504-12		ANEXO 28 003.172.504-12	
ANEXO 29 003.172.504-12		ANEXO 30 003.172.504-12	
ANEXO 31 003.172.504-12		ANEXO 32 003.172.504-12	
ANEXO 33 003.172.504-12		ANEXO 34 003.172.504-12	
ANEXO 35 003.172.504-12		ANEXO 36 003.172.504-12	
ANEXO 37 003.172.504-12		ANEXO 38 003.172.504-12	
ANEXO 39 003.172.504-12		ANEXO 40 003.172.504-12	
ANEXO 41 003.172.504-12		ANEXO 42 003.172.504-12	
ANEXO 43 003.172.504-12		ANEXO 44 003.172.504-12	
ANEXO 45 003.172.504-12		ANEXO 46 003.172.504-12	
ANEXO 47 003.172.504-12		ANEXO 48 003.172.504-12	
ANEXO 49 003.172.504-12		ANEXO 50 003.172.504-12	
ANEXO 51 003.172.504-12		ANEXO 52 003.172.504-12	
ANEXO 53 003.172.504-12		ANEXO 54 003.172.504-12	
ANEXO 55 003.172.504-12		ANEXO 56 003.172.504-12	
ANEXO 57 003.172.504-12		ANEXO 58 003.172.504-12	
ANEXO 59 003.172.504-12		ANEXO 60 003.172.504-12	
ANEXO 61 003.172.504-12		ANEXO 62 003.172.504-12	
ANEXO 63 003.172.504-12		ANEXO 64 003.172.504-12	
ANEXO 65 003.172.504-12		ANEXO 66 003.172.504-12	
ANEXO 67 003.172.504-12		ANEXO 68 003.172.504-12	
ANEXO 69 003.172.504-12		ANEXO 70 003.172.504-12	
ANEXO 71 003.172.504-12		ANEXO 72 003.172.504-12	
ANEXO 73 003.172.504-12		ANEXO 74 003.172.504-12	
ANEXO 75 003.172.504-12		ANEXO 76 003.172.504-12	
ANEXO 77 003.172.504-12		ANEXO 78 003.172.504-12	
ANEXO 79 003.172.504-12		ANEXO 80 003.172.504-12	
ANEXO 81 003.172.504-12		ANEXO 82 003.172.504-12	
ANEXO 83 003.172.504-12		ANEXO 84 003.172.504-12	
ANEXO 85 003.172.504-12		ANEXO 86 003.172.504-12	
ANEXO 87 003.172.504-12		ANEXO 88 003.172.504-12	
ANEXO 89 003.172.504-12		ANEXO 90 003.172.504-12	
ANEXO 91 003.172.504-12		ANEXO 92 003.172.504-12	
ANEXO 93 003.172.504-12		ANEXO 94 003.172.504-12	
ANEXO 95 003.172.504-12		ANEXO 96 003.172.504-12	
ANEXO 97 003.172.504-12		ANEXO 98 003.172.504-12	
ANEXO 99 003.172.504-12		ANEXO 100 003.172.504-12	

05.002.494/0001-41
 TRACÃO CORRETOHA
 DE SEGUROS LTDA
 18 JUN 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP- 50.060-010
 RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190388242 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA À ESQUERDA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO ABDOME À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS).
TRATAMENTO CONSERVADOR DO ABDOME.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190388242 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA **Data do acidente:** 20/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA À ESQUERDA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO ABDOME À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS).
TRATAMENTO CONSERVADOR DO ABDOME.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR.

OUTORGANTE:

NOME: Jadilson José Lemos da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Vendedor de Água IDENTIDADE: 10.626.227-558 PE
CPF: 141.132.994-55 CNH: ---
ENDEREÇO: Vila Munaí N. 22
BAIRRO: Munaí - Zona Rural CIDADE: Caruaru
ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA. ESTADO CIVIL: CASADA.
PROFISSÃO: DO LAR IDENTIDADE: 546858594 SSPSP.
CPF: 540-974-874-34. CNH: ---
ENDEREÇO: RUA ANTENOR NAVARRO N - 729
BAIRRO: PETROPOLIS. CIDADE: CARUARU. ESTADO: PERNAMBUCO.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a SEGURADORAS, referente ao SEGURO OBRIGATORIO DPVAT.

Caruaru - 03 JUN. 2019

LOCAL E DATA



Jadilson José Lemos da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE.



05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208403/19

Vítima: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

CPF: 141.132.994-55

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/01/2019

Titular do CPF: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSILENE FERREIRA MACEDO : 540.974.874-34

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

JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA : 141.132.994-55

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: 19/06/2019
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO
CPF: 540.974.874-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Steffany Carolyn Lins Veloso





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190388242

Vítima: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14482121

Pag. 01899/01900 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190388242

Vítima: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

Data do Acidente: 20/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000047700-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

341.132.994-55 gadielson josé Bemos da Silva

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

Nome completo:

gadielson josé Bemos da Silva

CPF: 341.132.994-55

Profissão:

Vendedor de Água

Endereço:

Vila Muncie

Número:

92

Complemento:

Bairro:

zona rural - Muncie

Cidade:

Caruaru

Estado:

PE

CEP:

55102-000

E-mail:

macedo@f43@gmail.com

Tel. (DDD):

(81) 99907.7180

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2778

CONTA:

00047700

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Falecidos:

Vítima deixou

nasceu(a) (se for viúva)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pai(s) viúvo(s)?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àsqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

Local e Data:

Caruaru 15/06/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Assinatura

2º Nome:

CPF:

18 JUN 2019

Assinatura

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUIDORIA 0800 725 7474

158-883834404-1

07/JUN/2019 HORA DE: 16:11:19

LOT: 15.823543-7 TERM: 051289
LOCALIDADE: CARUARU
AG. VINCULADA: 2778 CONTROLE: 437809992

DEPOSITO EM DINHEIRO

2778 013 00047700-0

JADIELSON J L DA SILVA

VALOR : 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

158-883834404-1

19 VIA

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE -
CIRCUNSCRICAO CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2106000300

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/06/2019 às
10:53

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 20/1/2019 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, CÍDIO PELADAS,
ZONA RURAL DE CARUARU - Bairro: ALTO DO NOURA -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE)
JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA SILVA (OUTRO)
JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:
JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA Pai: **JOSEILDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento:
22/2/2001 Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
10826227/SSS/PE (RG), 14115299495 (CPF) Estado Civil: **ANASIAADO(A)** Escolaridade: 4°. **GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- 21992196416

Residência: **ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE
CARUARU, 1, STIO MURICI, PERTO DA IGREJA CATOLICA - CEP: 8 - Bairro: ALTO DO
NOURA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

INEXISTENTE (não presente no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA SILVA (presente no plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: **SEVERINA DE LEMOS MOREIRA** Pai: **JOSÉ MOREIRA DA SILVA** Data de
Nascimento: 13/2/1977 Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
71429326/SSS/PE (RG), 65917369412 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 4°. **GRAU**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **81982681172**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, SÍTIO MURICI, PERTO DA IGREJA CATOLICA NOSSA SENHORA DA PAZ. - CEP: 9 - Bairro: ALTO DO MOURA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJZ6472** (FERNAMBUCOMÃO INFORMADO) Renavam: **882142455** Chassi: **9GZKCG8208R044852**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLÍCIA CIVIL NESTE HOSPITAL AS PESSOAS DA VÍTIMA E SUA GENITORA ONDE FALARAM QUE A VÍTIMA ESTAVA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA FAZENDO O CAMINHO ENTRE OS SÍTIOS PELADAS PARA O MURICI AMBOS NA ZONA RURAL DE CARUARU QUANDO NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO PELADAS FOI COLOCADO UMA LOMBADA FÍSICA E SEM SINALIZAÇÃO E A VÍTIMA AO ULTRAPASSAR AQUELO OBSTÁCULO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E FOI AO SOLO E PERDEU OS SENTIDOS NÃO LEMBRA OU SE RECONTA DO QUE ACONTECEU APÓS A QUEDA E SO LEMBRA QUANDO JA ESTAVA NA UPA 24 HORAS E PARA CONSTA APRESENTA UMA COPIA DO ATENDIMENTO COM O PRONTUÁRIO AMBOS DE NUMEROS 81197211 E 88217838 E APÓS SE MEDICADO FOI TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU O PRONTUÁRIO DE NUMERO 322428 E DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO NO OMBRO ESQUERDO FOI TRANSFERIDO PARA UM HOSPITAL NA CIDADE DE BEZENROS ONDE FEZ TRATAMENTO CIRURGICO NO SEU OMBRO ONDE RECEBEU ALTA MEDICA.

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

Jadilson José Lemos da Silva
JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA
(VÍTIMA)

JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA SILVA
(OUTRO)

Josileide de Lemos Moreira Silva

S.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **321884-6**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

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



Ato Declaratório

ANAMNESE

Paciente: **JADIELSON JOSE LEMOS SILVA**
Data Nascimento: 23/02/2001 Idade: 17 Anos, 10 Meses e 28 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 01197211
Prontuário: 00217030
Senha N.º: 0009

Data e Hora: 20/01/2019 05:01h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: **ACIDENTE DE MOTO + - UMA HORA APRESENTA ESCORIAÇÕES EM TODO CORPO. DOR E EDEMA EM CLAVICULA E, CORTE EM REGIAO ABDOMINAL.**
NEGA ALCOOLISMO. NEGA OUTROS SINTOMAS.

Alergia:

Observação: **NEGA ALERGIAS**
NEGA DM EHAS
RG

AFERIÇÃO:

Peso:	Altura:	Temperatura:
P.A Sistólica: PAS: 120 MMHG	P.A Diastólica: PAD: 80 MMHG	Freq. Cardíaca:
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM	HGT:	

QPD / HDA:

PCT REFERE DOR E EDEMA EM OMBRO ESQ E EM ABD INF ESQ, APÓS QUEDA DE MOTO HÁ 1H. REFERE NÃO LEMBRAR SE VÔMITOU OU PERDEU CONSCIÊNCIA.

Exame Físico:

EGR, CONSC, ORIENT, EUPN, AFEB, NORMOC, HDT, ECG-15 PUPILAS ISOCÓRICAS
AR. MV + EM AHT SEM RA
ACV: RCR EM 2T BNF SS
ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR, COM LESÕES COM PERDA DE TECIDO
EDEMA EM OMBRO E REGÃO CLAVICULAR ESQ

Exames complementares:

HD:
FRATURA ?

Conduta:

VPM
A ORTOPEDIA
A SALA AMARELA

Evolução:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	04/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JADIELSON JOSE LEMOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000047700-0

Nr. da Autenticação 1FE58E85F5E372AD



DISCUSSION

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

16/06/2019 12:31





AVENIDA CRUZ CAMARGO - KM 1,387 - LOTEAMENTO ANAROS REUNIDOS
CEP: 55049-000 - Fone: (085) 3556-043 0135
Tributação: Datacadat: 18.1.001.2014388-2
CNPJ: 08.788.036/0001-54
Qualidade da Água: www.compensa.com.br

Nº Documento: 201904105257672

Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CONSUMIDOR: JOSILENE FERREIRA MACEDO
R. AURORA SÁVIO, N. 88728 - PETROPOLIS CARUARU PE 55032-210
INSCRIÇÃO: 041.971.120.0708.000 GRUPO: 18
DATA VENCIMENTO: 10/05/2019 04/2019-0
OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 10525767.2

CONSUMIDOR	CONSUMIDOR	CONSUMIDOR	CONSUMIDOR	CONSUMIDOR	CONSUMIDOR
1818035778	11/04/2019	13/05/2019	13/05/2019	13/05/2019	13/05/2019

ÁGUA
LEIT. ANT.: 290 CONSUMO: 3
LEIT. ATUAL: 300 TAXA MÍNIMA
LEIT. FAT.: 300 ANOMALIA DE LEITURA
ESGOTO
LEIT. ANT.: 0 VOLUME: 0
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

HISTÓRICO DE CONSUMO REPRESENTATIVO		PARÂMETROS		NÚMERO DE AMOSTRAS		
DATA	CONSUMO	PARÂMETRO	VALOR	ANÁLISE REALIZADA	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO	
01/2019	41	TURBID	165	165	165	
02/2019	41	CON. APARENTE	165	165	165	
03/2019	41	CLORO RESIDUAL	165	165	165	
04/2019	41	COLIFORMES TOTAIS	165	165	165	
05/2019	41	E. COLI	165	165	165	
06/2019	41					
07/2019	41					
08/2019	41					
09/2019	41					
10/2019	41					
MÉDIA	41					

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS ADULTA EM 451 DAS AMOSTRAS ANALISADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DE ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS CON. APARENTE E TURBID. SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
RESIDENCIAL 081 INTAGE
CONSUMO DE ÁGUA
5 M3
41,30

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010.
REC-PT-20

PIS	41,30	1,65	2,48
COTR	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 25/05/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

Entidade geradora: INTERNET

Exatidão em: 03/05/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL
ENCERTE PLASTIFICAR
FOTO
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
54.685.859-4
09/SET/2010
JOSILENE FERREIRA MACEDO
JOSE FERREIRA DE LIMA
E LINDALVA FERREIRA FERREIRA
CARUARU - PE
16/JAN/1971
CARUARU - PE
CARUARU
CC: LV. 8027/EL3.0078/N. 010477
54097467434 PIS 12419211997
LEI Nº 7.116 DE 29/08/89





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouidoria: 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/BIBLIOTECABR2/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 forma 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 COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA LICENCIAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS NEGÓCIOS 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 ILCITAS PREVISTAS NA Lei Nº 9.131/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ: 540974.874 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jadielson dos Santos da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 141.132.994 / 55

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jadielson dos Santos da Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº 141.132.994 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, reside no endereço abaixo, anexando o 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 Antônio Nazário</u>	Número: <u>729</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Petropolis</u>	Cidade: <u>Parauapebas</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: <u>macedo.jf43@gmail.com</u>	CEP: <u>55032-210</u>	Tel (DDD): <u>(81) 99907.7180</u>

Local e Data:

Parauapebas 03 de Junho 2019

Josilene Ferreira Macedo

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, St. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josilene de Lemos Moreira Silva,
RG nº 7149935, data de expedição 22/10/2003,
Órgão SOS, portador do CPF nº 055.173.694.13, com
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sila Muniz, nº 22,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jadilson Jose Lemos da Silva cujo o condutor era
Jadilson Jose Lemos da Silva.
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda 125 150 Titan ESD
Ano: 2008 / 2008
Placa: KIZ 6472
Chassi: 9E2KE082082044052
Data do Acidente: 20/10/2019
Local e Data: Caruaru 03/06/2019



Josilene de Lemos Moreira Silva
Assinatura do Declarante

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



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





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 56.060-010
RECIFE-PE





AVENIDA CRUZ CARVALHO - KM 1,387 - CENTRO ANAHO RECIFE PE
CEP: 50040-000 Fone: (081) 3866 043 0135
Tributação: Datacadast: 18.1.001.2014388+2
CNF2: 09.188.036/9001-54
Qualidade da Água: www.compensa.com.br

Nº Documento: 201904105257672

Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CONSUMIDOR: JOSILENE FERREIRA MACEDO
R. AURORA SÁVIO, N. 88728 - PETROPOLIS CARUARU PE 55632-210
INSCRIÇÃO: 041.971.120.0708.000 GRUPO: 18
DATA VENC: 04/2019-0
OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 10525767.2

CONSUMIDOR	CONSUMIDOR	CONSUMIDOR	CONSUMIDOR	CONSUMIDOR	CONSUMIDOR
1818035778	11/04/2019	13/05/2019			

ÁGUA
LEIT. ANT.: 290 CONSUMO: 5
LEIT. ATUAL: TAXA MÍNIMA
LEIT. FAT.: 300 ANOMALIA DE LEITURA
ESGOTO
LEIT. ANT.: VOLUME: 0
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

HISTÓRICO DE CONSUMO REPRESENTATIVO		NÚMERO DE AMOSTRAS			
DATA	CONSUMO	PARÂMETRO	EXIG. NLA PNT. MS 2.214/11	ANÁLISE REALIZADA	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
01/2019	41	TURBID.	165	165	165
02/2019	41	CON. APARENTE	165	165	165
03/2019	41	CLORO RESIDUAL	165	165	165
04/2019	41	COLIFORMES TOTAIS	165	165	165
05/2019	41	E. COLI	165	165	165
06/2019	41	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 461 DAS AMOSTRAS ANALISADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL NAO INDICAM CONDIÇÕES SANITÁRIAS EM ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS CON. E TURBID. NAO INDICAM CONDIÇÕES SANITÁRIAS EM ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 081 INTAGE CONSUMO DE ÁGUA	5 M3	41,30

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010.
RECIFE-PE

PIS	41,30	1,65	2,48
COTAX	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 25/05/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

--	--	--	--	--	--

Entidade geradora: INTERNET

Exatidão em: 03/06/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL
ENCERTE PLASTIFICAR
FOTO
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
54.685.859-4
09/SET/2010
JOSILENE FERREIRA MACEDO
JOSE FERREIRA DE LIMA
E LINDALVA PEREIRA FERREIRA
CARUARU - PE
16/JAN/1971
CARUARU - PE
CC: LV. 8027/EL3.0078/N. 010477
54097467434 PIS 12419211997
LEI Nº 7.116 DE 29/08/89

