



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
57032 161	28/01/2020 10:54	<u>2649163_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>	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.º, 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:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 10:54:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012810544461500000056100796>
Número do documento: 20012810544461500000056100796

Num. 57032161 - Pág. 1

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:**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 10:54:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012810544461500000056100796>
Número do documento: 20012810544461500000056100796

Num. 57032161 - Pág. 2

Ato - Declaração



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 ESCORIACOES 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 VÓMITOU 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:

Air José Marques Fontes, R/N

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.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 10:54:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012810544461500000056100796>
Número do documento: 20012810544461500000056100796

Num. 57032161 - Pág. 3

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 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 28/01/2020 10:54:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012810544461500000056100796>
Número do documento: 20012810544461500000056100796

Num. 57032161 - Pág. 4



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
57032 162	28/01/2020 10:54	<u>ANEXO</u>	Outros (Documento)

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: Jadielson José Lemos da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Vendedor de Águas IDENTIDADE: 10.626.227-558-PC
CPF: 141.132.994.55 CNH: _____
ENDEREÇO: Vila Mucuri n. 22
BAIRRO: Mucuri - Zona Rural CIDADE: Caruaru
ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: CASADA
PROFISSÃO: DO LAR IDENTIDADE: 546858594-558-PC
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 OBRIGATÓRIO DPVAT.

Caruaru -

03 JUN. 2019

LOCAL E DATA



Jadielson José Lemos da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE.

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
mestrado



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

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

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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 10:54:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012810544472500000056100797>
Número do documento: 20012810544472500000056100797

Num. 57032162 - Pág. 5



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, contados 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



00010950



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 10:54:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012810544472500000056100797>
Número do documento: 20012810544472500000056100797

Num. 57032162 - Pág. 6

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, retorno 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NF do sinistro ou AR: CPF da vítima: 341.332.994.55 Nome completo da vítima: Jadielson José Bembo da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: Jadielson José Bembo da Silva CPF: 341.332.994.55
 Profissão: Vendedor de Água Número: 92 Endereço: Vila Muniá Complemento: -
 Bairro: Zona Rural - Município: Caruaru Estado: PE CEP: 55302-000
 E-mail: mscedao7f43@ojonau.com Telef/ddd: (81) 99907-7180

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (bancos para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (304)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2778 CONTA: 000 477 00 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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. 28, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vívo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compenheiro(x): Sim Não Se a vítima deixou compenheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: Caruaru 15/06/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO
 Jadielson José Bembo da Silva
 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
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Assinatura
 2º | Nome: _____
 CPF: 18 JUN 2018
 Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 Assinatura
 RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Caixa Econômica Federal
SAC 0000 725 0181
OVIDÓRIA 0000 725 7474

156-003634404-1
07/06/2019 HORA DF 10:11:19
LOT: 15.020543-7 TERM: 051289
LOCALIDADE: CARUARU
AG. VINCULADA: 2778 CONTROLE: 437888892

DEPÓSITO EM DINHEIRO
2778 013 00047700-0
JADIELSON J L DA SILVA
VALOR : 5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

156-003634404-1
1ª VIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 JUN 2019
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
05/07/20





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE FERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
CIRCUNSCRIÇÃO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000300

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

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, SÍTIO PELADAS,
ZONA RURAL DE CARUARU - Bairro: ALTO DO MOURA -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51902-000
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

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:

VEÍCULO: (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
Josileide de Lemos Moreira Pai: JOSEILDO JOSE DA SILVA Data de Nascimento:
25/2/2001 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
10826227/SDS/PE (RG), 141112299489 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º.
GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares:
- 81982186416

Residencial: ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE
CARUARU, 1, SÍTIO MURICI, PERTO DA IGREJA CATÓLICA - CEP: 51902-000 - Bairro: ALTO DO
MOURA - 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 Pai: BEVIRINA DE LEMOS MOREIRA Pai: JOSÉ MOREIRA DA SILVA Data de
Nascimento: 13/01/1977 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7148838/SDS/PE (RG), 08817289412 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU



INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- 81982001172

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, SÍTIO MURICI, PERTO DA IGREJA CATÓLICA NOSSA SENHORA DA PAZ. - CEP: 5 - Bairro: ALTO DO MOURA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) 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: **Nº+**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIZ6472** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: **888142498** Chassi:

8G2KG0228ER044682

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

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLICIA 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 COLCADO UMA LOMBADA FÍSICA E SEM SINALIZAÇÃO E A VÍTIMA AO ULTRAPASSA AQUELE 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 NÚMEROS 81187211 E 68217838 E APÓS SE MEDICADO FOI TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU O PRONTUÁRIO DE NÚMERO 322428 E DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO NO OMBRO ESQUERDO FOI TRANSFERIDO PARA UM HOSPITAL NA CIDADE DE BEZERROS ONDE FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO NO SEU OMBRO ONDE RECEBEU ALTA MÉDICA.

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

Jadielson José Lemos da Silva
JADIELSON JOSÉ LEMOS DA SILVA
(VITIMA)

JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA SILVA
(OUTRO)

Josileide de Lemos Moreira Silva

B.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
Borá Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



13/06/2019 10:45

2 of 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro da ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	341.132.994.55	Jadielson José Bemros da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	341.132.994.55	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Vendedor de Água	Vila Municí	32	—	
Endereço:	Cidade:	Estado:	CEP:	55102.000
Bairro:	Parauapebas	PE	TEL (DDD):	(81) 99907.7180
E-mail:	mrcsco07f43@gmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Atualize anualmente)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA: _____
AGÊNCIA: 2778	CONTA: 00047700
(Informar o dígito de validade)	(Informar o dígito de validade)
(Informar o dígito de validade)	(Informar o dígito de validade)

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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**

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

Pelo motivo acima citado, solicito o prorrogamento 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso distorça o seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos Falecidos: Vítima deixou herdeiro (s) (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se houver)	Local e Data: <u>Parauapebas 15/06/2019</u>
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

Jadielson José Bemros da Silva
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

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura _____

2º | Nome: 18 JUN 2019
CPF: _____ Baia da Aurora, nº 175, Sl 902 BL C
Assinatura _____ 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 RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do ínterito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Ato - Declaratório



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
INSTITUIÇÃO

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 ESCORIACOES 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 VÓMITOU OU PÉRDEU 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:

10

HD:

FRATURA ?

05.802-494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

Rua das Águas, nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE, PE

Evolução:

Av. José Marques Fontes, 5/N

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 10:54:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012810544472500000056100797>
Número do documento: 20012810544472500000056100797

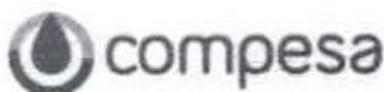
Num. 57032162 - Pág. 14

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 JUN 2019
05.802.494/0001-41

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

16/06/2019 12:37





AVENIDA CIRCUITO 10000 KM 1000 - 7287 - 25570 AREIA - RIO GRANDE DO SUL - CEP: 96040-000 - Fone: (055) 3890-0025 - 0325-71100-5 - FAX: (055) 3892-4282-2 - CNPJ: 09.100.000/0001-54
E-mail: avaliador@avaliador.com.br - www.avaliador.com.br

Nº Documento: 201906105257672 Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

2019年 招聘会 第三回

В АНГЛІЙСЬКИХ ТА ВАЛЛІЙСКИХ ВІДСТАВЛЕНІХ - 1999% - 1999% ПРОДУКТИ САМОВІДДІЛУ 3% 55653-219

IMBICLAVE: 041-971-129-0708-900

CEMEX 2012

OPÇÃO NÚM. AUTOMÁTICO: 105.25747-2

10525287.0 0672019-0

1. 亂世是學習。

06/2019-3

THE DUTCHING DOES NOT INCLUDE A PARTIAL

CONSUMO POR FAIXA

VALOR 25

RESIDENCIAL 081 UNIDADES
CONJUNTO DE AZUA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOA
5 SEGUROS LTDA
7793

18 JUN 2000
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Bra. Vila - CEP: 50.060-010
RJ/CEP: 3%

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902
Bela Vista - CEP: 50.060-010
Fone: 3251-25

PERIOD	REVENUE	NET PROFIT	NET LOSS
FEB	4,120	1,65	3,68
MARCH	61,120	7,60	3,18

35/05/2013

卷之三

卷二 30



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 10:54:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001281054447250000056100797>
Número de documento: 2001281054447250000056100797

Núm. 57032162 - Pág. 16



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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 Odividoria: 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/EMILOTEARQUI/DOCORIGINALASPI/TYPE=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 fonte da 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 PESSOAS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PESSOAL, ABERTA, CAPITALIZADA E RESEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°9.513/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.974.874-34, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário
Jadielson Ferreira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 141.132.994-55,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Jadielson Ferreira da Silva
inscrito (a) no CPF sob o N° 141.132.994-55, 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-SPVAT, 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 Antônio Navarro</u>	Munícipio:	<u>729</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Petrópolis</u>	Cidade:	<u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55032.250</u>
E-mail:	<u>msacedo.0543@gmail.com</u>			

Local e Data: Caruaru 03 de junho 2019

Josilene Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019
Rua da Aurora, N° 175, 5º 902 BLC
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DLR001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josilide de Lima Moreira Silva,
RG nº 7149935, data de expedição 22/10/2003,
Órgão SIDS, portador do CPF nº 055.173.694-13, com
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
516 - Nossa Senhora das Graças.

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 José Lemos da Silva cujo o condutor era Jadilson José Lemos da Silva.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda 125 150 Titan ESD
Ano: 2008 / 2008
Placa: KIZ 6472
Chassi: 4E2KE082082044052
Data do Acidente: 20 / 01 / 2019
Local e Data: Parauapebas 03 / 06 / 2019

Alfredo de Souza Moreira Síntese

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor / caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.

3º SERVICO NOTARIAL E DE PROTESTO		RG: 00000000000000000000
Avenida Presidente Vargas, 12 - Centro - Rio das Ostras - RJ - CEP: 28200-040 Fone: (22) 3702-0773 - Fax: (22) 3702-0776		
<p>Reconheço, por autenticidade, a firma da: JOSILEIDE DE LEMOS MOREIRA SALVA</p> <p>Este testamento é de vontade meu. Rio de Janeiro, 08/08/2019</p> <p>06-57-50</p> <p><i>Karen de Souza</i></p> <p>NEIDE MARIA DOS SANTOS (Assinatura)</p> <p>ENOL: R\$ 15,51, TBR: R\$ 0,80, FERG: R\$ 0,40, FUNSEG: R\$ 0,08, FERM: R\$ 0,04, ISS: R\$ 0,00 - TOTAL: R\$ 49,15. Dc. 32</p> <p>Salvo 0075716 INW020190102015</p> <p>Consulta: www.tj.rj.gov.br/autenticidade</p> <p><i>Aline S.</i></p>		

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
08155-000





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

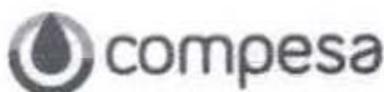
18 JUN 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RFFC11-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 10:54:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012810544472500000056100797>
Número do documento: 20012810544472500000056100797

Num. 57032162 - Pág. 19



AVENIDA CIRCUITO 10000 KM 1000 - 7287 - 25570 AREIA - RIO GRANDE DO SUL - CEP: 96040-000 - Fone: (055) 3890-0025 - 0325-71100-5 - FAX: (055) 3892-4282-2 - CNPJ: 09.100.000/0001-54
E-mail: avaliador@avaliador.com.br - www.avaliador.com.br

Nº Documento: 201906105257672 Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOAQUIM FERREIRA MACEO
R. ANTÔNIO SAVARIO, N. 18877 - PETROPOLIS CANJUERI - RJ 25653-218
INSCRIÇÃO: 041.971.120.030-000

卷之三

sector nro. numero: 18576267-2

THE CITIZENSHIP DUE PROCESS & TARIFFS

CONSUMP FOR FAJERA

VALOR: 25

RESIDENCIAL 081 UNIDADES
CONJUNTO DE ÁREA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETO/A
E SEGUROS LTDA
279

18 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C.
Braga - CEP: 470-060-010.
REC'DO. 5%

PERIOD	4.1.70	2.65	3.1.80
1970	81.20	7.80	3.2.8
1971	81.20	7.80	3.2.8

35/35/2013

41-38



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/01/2020 10:54:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001281054447250000056100797>
Número de documento: 2001281054447250000056100797

Num. 57032162 - Pág. 20