

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cícero José da Silva,

RG nº 5381375, data de expedição 21/08/1996

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 746.222.424-00, com domicílio na cidade de Amaraji, no Estado de

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

Rua Antonio José da Silva, nº 38,

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 Wellington A. de Faria, cujo o condutor era

Cícero José da Silva.

Veículo: 02805959245

Modelo: Honda / NXR 160 Bikes

Ano: 2016 / 2016

Placa: PEU 5780

Chassi: 922KD1000GR042314

Data do Acidente: 15/01/2017

Local e Data: Amaraji - PE



Cícero José da Silva

Assinatura do Declarante

Cícero José da Silva

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25/09/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL: C

Boa Vista - CEP: 54.060-010

RECIFE-PE

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 3394-8632
Cartório de Cícero José da Silva - En. Exatidão

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) CÍCERO JOSÉ DA SILVA.
Dou fe. Amaraji, terça-feira, 11 de março de 2017 - 15h24h.
- Em Testemunho _____ da verdade.
VÂNIA LUCIA DA SILVA - TABELIÃO EM EXERCÍCIO.
Total: 4,66 - Selo(s): 0074740.681/2201501.10678.
Consulte autenticidade: [www.tpe.jus.br/selodigital](http://tpe.jus.br/selodigital).

CARTÓRIO DE TÍT. DOC. PROT. E NOTAS
Vânia Lucia da Silva
(Tabelião)
Amaraji - PE



AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e comprovação que, no dia 15/ 01 /2017 deu entrada nesta unidade de saúde o senhor Wellington Alvoraz de Paiva, vítima de queda de moto, sendo medicado nesta unidade de saúde, em seguida transferido para o Hospital Regional do Agreste. De que, eu Maria Madalena dos Santos Reis declaro a seguinte declaração em 20 de Fevereiro de 2017. Conforme consta boletim de emergência e transferência em anexo.

Atenciosamente,

Hospital Alice Batista dos Anjos
Av. Manoel Teixeira Peixoto, s/n
bairro Alice Batista - Amaraji/PE
Unidade Mun. de Saúde de Amaraji
(Nr) nº 11.807.830.0001-75

Maria Madalena Dos Santos Reis

Diretora Administrativa

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 56.060-070
RECIFE-PE

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMARAJI

Rua Rio do Povo, 70 - Centro - Amaraji - PE - CEP: 56.015-000
Fone: (81) 3552.1944 - CND: 11.807.830.0001-75

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 15, 01, 2017

Nº 045-2017

NOME: Wellington Almeida Pereira PESO: SEXO: M IDADE: 33
D.N.: MÃE: Suelen Rodrigues da Silva
END.: R. N. Municipal Barro 86 Nº 86
PROFISSÃO: Professor CIDAD: Nacionalidade:
RESPONSÁVEL: Renato da Silva (pai) RG:
QUEIXA PRINCIPAL: Dor de mto.
ACIDENTE / HORA: TEMPERATURA PA HORA DO ATEND.: 18:00

DIAGNÓSTICO: CID:
ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO RX: S() N()

Lesão lombo sacral direita
lesão da parte

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

A: lumbal
B: mto mto
C: flos lumb
D: ECG, T
E: l p/p

TÉCNICO DE ENF.: ENFERMEIRO (A):

Senha = 509 4129
HRA: Caruaru

ASSINATURA MÉDICA
05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

RECEBUE

13 JUL 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

LAUDA MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: *Hospit Regional Grato*

UNIDADE DE DESTINO: *HMA*

DADOS DO PACIENTE

NOME: *Meltyzer Francisco Pires* 82a.
CPF: _____ IDENTIDADE: _____ DATA NASCIMENTO: _____ SEXO: _____
FEM. MASC.

HISTÓRICO CLÍNICO

*lesão cardíaca em longa.
per. fúnebre de rato
p. : les. fúnebre
3 : p. 10/12/2010 p. 10/12/2010
E : p. 10/12/2010 p. 10/12/2010
D : p. 10/12/2010 p. 10/12/2010
E : p. 10/12/2010 p. 10/12/2010*

EXAMES REALIZADOS:

Exame físico.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

HMA 5099 129

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

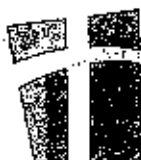
*M. Beltrão
MÉDICO ASSISTENTE
CRM 1234*

15/11/14

05.802.494/0001-00
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2017

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



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

Nome: Walter Luiz da Silva

Reg. 112863

Data de Nasc. 18/03/1982

Data da Cirurgia 24/07/12

Diagnóstico: fratura fechada (distal) do ulna
em 3.826

Tratamento: Redução e fixação com placa e parafusos

Data Retorno: 06/04/17

Motivo Retorno: licença médica para 15 dias

90 dias

João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5583

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE Fone/Fax: (81) 3728.1586

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2017

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

26/11/17

MS-DATASUS
VERSÃO: 13.70

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA
ESPELHO DA AIH



O.E: M260180001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 04/11

Num AIH: 261710518965-5

Situação: SEM ERRO

Tipo: 01-INCIAL

Apresentação: 04/2017

Data Autorização: 21/01/2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M260180001

CRC:

Doc autorizador: 850018003872385

Doc med resp: 204322839720003

Doc diretor clínico: 204322839720003

Doc médico solicit: 100512963070003

CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

CNS: 70080507892449-4

Paciente: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

Prontuário: 112863

Data Nasc.: 18/09/1982 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: CPF

Doc: 7283740481

Responsável pac.: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

Nome da Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAIS

Endereço: AVENIDA AVENIDA MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO 85 Bairro: ALICE BATISTA

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 260090 - AMARAJO

UF: PE CEP: 55515-000

Telefone: (81)9987-05206 Muda Proc.: NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Procedimento principal: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Diag. principal: S52B-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 21/01/2017

Data saída: 25/01/2017

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: . . . / .

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Assurar Valor n	Cidade	Quant	Descrição
1 0408020407	980018003872385	225270(1)	2344254	1	01/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2 0408020407	204322571060018	225151(8)	2344254	1	01/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3 0802010016			2344254	4	01/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
4 0401010015	980018288070848	223505	2344254	5	01/2017	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V221	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/VEIC. A MOTOR DE 2/3 RODAS - PASSAGEIRO TRAUM. EM ACID. A-TRANSITO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 82 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Raimundo Francisco Aragão Filho
Médico
CREMEPE: 5379

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 29/06/17
Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE 4.471



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e comprovação que, no dia 15/ 01 /2017 deu entrada nesta unidade de saúde o senhor Wellington Alvoraz de Paiva, vítima de queda de moto, sendo medicado nesta unidade de saúde, em seguida transferido para o Hospital Regional do Agreste. De que, eu Maria Madalena dos Santos Reis declaro a seguinte declaração em 20 de Fevereiro de 2017. Conforme consta boletim de emergência e transferência em anexo.

Atenciosamente,

Hospital Alice Batista dos Anjos
Av. Manoel Teixeira Peixoto, s/n
Salto Alice Batista - Amaraji/PE
Ronda Mun. de Saúde de Amaraji
CNPJ nº 11.507.824/0001-75

Maria Madalena dos Santos Reis

Maria Madalena Dos Santos Reis

Diretora Administrativa

05.802.494/0001-41
SEÇÃO GERENCIAL
DE SEGUROS LTDA

26 APR 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 55.063-010
RECIFE-PE

DATA: 15.01.17

Nº 045-207

NOME: Wellington Francisco Pereira PÉSO: SEXO: M IDADE: 33 A -
D.N.: MÃE: Sílvia Rodrigues da Silva
END.: R. N. Municipal Teresina BAIRRO: 86
PROFISSÃO: Advogado CIDADE: Nacionalidade:
RESPONSÁVEL: Edmundo Elias V. (pai) RG N:
QUEIXA PRINCIPAL: Dor no peito
ACIDENTE / HORA: TEMPERATURA PA HORA DO ATEND.: 18h

DIAGNÓSTICO: CID:

ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO RX: S () N ()

Exame físico: Integ.
Sinal de JVP.

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

A: um e meio
B: 100 mg
C: 100 mg
D: 100 mg
E: 100 mg

TÉCNICO DE ENF.: ENFERMEIRO (A):

Senha: 509 4129

HRA: Coração

ASSINATURA MÉDICA

Assinatura Médica

Assinatura Médica

LAUDA MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: *Hosp. Regional fronte*

UNIDADE DE DESTINO: *HMA*

DADOS DO PACIENTE

NOME: *Melhyzer Francisco Pina* 82

CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIMENTO	SEXO
			FEM. MASC.

HISTÓRICO CLÍNICO

*Lesão contata em língua.
Per. fendas de rato*

4: les. fémur

3: pulmão a/c

6: pulmões dem.

INDICAÇÃO INICIAL: *ETG 15*

6: anal HSA

pl. cost.

pl. pulmão

pl. fêmur

EXAMES REALIZADOS:

Exame maxil.

HMA 5099 129

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

MÉDICO ASSISTENTE
CRIMINAL

15/11/14

05.802.494/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25/10/2019

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

O.E: M260190001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 04 / 2017

Num AIH: 261710518965-5

Situação: SEM ERRO

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 04/2017

Data Autorização: 21 / 01 / 2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M260190001

CRC:

Doc autorizador: 980016003872395

Doc med resp: 204322839720003

Doc diretor clínico: 204322839720003

Doc médico solic: 100512953070003

CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

CNS: 70980507892449-4

Paciente: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

Prontuário: 112863

Data Nasc.: 18 / 09 / 1982

Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: CPF

Doc: 7283740481

Responsável pac.: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

Nome da Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAIS

Endereço: AVENIDA AVENIDA MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO 85 Bairro: ALICE BATISTA

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NÃO SE APLICA

Município: 260090 - AMARAJI

UF: PE CEP: 55515-000

Telefone: (81)9997-05206

Muda Proc.?: NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Procedimento principal: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 21 / 01 / 2017

Data saída: 25 / 01 / 2017

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIO1:

AIH Anterior: -

AIH Posterior: -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: - / -

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Anular	Valor p/ Qtd	Cmot	Descrição
1	0408020407	980016003798055	225270(1)			2344254	1	01/2017 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	204322571060018	225151(5)	2344254		2344254	1	01/2017 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0802010016			2344254		2344254	4	01/2017 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
4	0401010015	980016286070848	223505			2344254	5	01/2017 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V221	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/VEIC. A MOTOR DE 2/3 RODAS - PASSAGEIRO TRAUM. EM ACID. R-TRANSITO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Assinado Francisco Augusto Silva

Médico

CREMEPE: 5379

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25/09/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 903 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 19/09/17
Hospital Jeane Pequeno

Ana Amorim
Assistente Social
CRESP/PE 4.471

O.E.: M260190001 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 04 / 2017

Num AIH: 261710518965-5 Situação: SEM ERRO Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 04/2017 Data Autorização: 21 / 01 / 2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M260190001 CRC:
Doc autorizador: 980018003872395 Doc med resp: 204322839720003 Doc diretor clínico: 204322839720003 Doc médico solic: 100512953070003
CNS: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA Prontoário: 112863
Paciente: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: CPF Doc: 7283740481
Data Nasc.: 18 / 09 / 1962 Sexo: MASCULINO Nome da Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAIS
Responsável pec.: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0005-NAO SE APLICA
Endereço: AVENIDA AVENIDA MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO 85 Bairro: ALICE BATISTA Telefone: (81)9997-05206 Muda Proc.? : NÃO
Município: 260090 - AMARAJI UF: PE CEP: 55515-000
Procedimento solicitado: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO
Procedimento principal: 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO
Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA] Diag. secundário:
Complementar: Causa Obito:
Caráter atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 21 / 01 / 2017 Data saída: 25 / 01 / 2017 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: CNAER: -
Vínculo Previdência: CSOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Acurar	Valor al	Qtd	Cmot	Descrição
1	0408020407	980018003872395	2344254	2344254	1	01/2017	1	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	204322571060018	2344254	2344254	1	01/2017	1	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0802010016		2344254	2344254	4	01/2017	4	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
4	0401010015	980018286070848	2344254	2344254	5	01/2017	5	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V221	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. CVEIC. A MOTOR DE 23 RODAS - PASSAGEIRO TRAUM. EM ACID. A-TRANSITO

Número de Nascidos	Número de Saídas	Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:		

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Raymundo Francisco Araújo Filho
Médico
CREMEPE: 5379

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2017

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

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 19/06/17
Hospital Jeany Pequeno

Ana Amorim
Assistente Social
CRESP/PE 4474



HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

Nome: Walter de Aguiar Neto

Reg. 112863

Data de Nasc. 18/09/1982

Data da Cirurgia 20/10/12

Diagnóstico: Lesão na articulação do ombro direito
C17.5.826

Tratamento: Reparo da cápsula com fio

Data Retorno: 06/02/17

Motivo Retorno: licença médica para 60 dias

90 dias

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5960

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE Fone/Fax: (81) 3728.1586

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25/10/2012

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

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

16/01/17 01:30 # 001/00011
Paciente vítima de acidente automobilístico há
1h, referindo dor no punho D + T + R. Não
apresenta outros sintomas. Exame físico
de membros superiores: punho D + T + R.
Exame físico de membros inferiores:
Fêmur do lado D +
001/00011 TC do tórax D +
001/00011

Tassio Japusa
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 13662

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento
sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____

Endereço: _____

Data: ____/____/____

() Paciente () Familiar

Tel.: _____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

Nome: _____

Endereço: _____

Procedimento: _____

() Paciente () Familiar

RG: _____

Tel.: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadli-se ()
() Transferência: _____

Termo de Alta ()
Internamento ()

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

15/01/2017 10:23:10 PM

Página 2

Usuário do Atendimento
LUCIANAAP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARRIAGEM NACIONAL DE TRANSPORTES

Nome: **CICERO JOSE DA SILVA**

CPF: **5381375-889-78**

RG: **745.222-624-90** Data de Nascimento: **15/12/1974**

Função: **NÃO PRETENDIDO**

Exercício: **EXERCÍCIO DA**

Condição: **CONDIÇÃO**

Permissão: **400** Cód. RBE: **23**

Atividade: **84959827773** Vigência: **23/01/2015** Expiração: **03/06/2016**

Observações: **Exercício Ativ. Acumulada**
MOTOCICLISTA

Assinatura do Portador: *Cicero Jose da Silva*

Local: **CRATANA - PE** Data Emissão: **23/01/2015**

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]*

Cód. de Emissão: **64010286206**
 22044362194

PROIBIDA A REPRODUÇÃO

VALIDA EM TODOS
 O REATORES NACIONAIS
1020003629

PROIBIDA A REPRODUÇÃO
1020003629

Continuação de matrícula



0012

05.802.494/0001-4
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

13 JUL. 2017

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PERNAMBUCO

09R-11

CARTÃO DE IDENTIDADE

Wellington Alvorais de Paiva

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 7130651

DATA DE EMISSÃO: 15.05.2002

NOME: WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA

ENDEREÇO: JOSA AMANCIO DE ALVORAIS
MARIA LUIZINHA DE PAIVA ALVORAIS

NATURALIDADE: VITÓRIA DE S. ANTONIO-PE 18.09.1982

LOCAL DE NASCIMENTO: C.N.20.801.ELA.209V.LW.4W17.

CART. de CMA GRANDE-PE.

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

072.837.404-81

WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA

18/09/1982

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

Passaporte 2005

CORREIO
www.correios.com.br

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 = 100 709

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 54060-010
RECIFE-PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DAS REVENHES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

COLEÇÃO JOSE DA SILVA

COL. ENTRADA/OUTRADA: J
 374375 2009 PE

CPF: 748.222.424-05
 DATA DE NASCIMENTO: 15/12/1974

PLACA: NAO DECLARADO

ENFERMIA: ENFERMIA DA CONDIÇÃO

TIPO DE VEICULO: AD

IPRESSO: 04959027773
 VALOR: 07/01/2011
 VALIDADE: 06/06/2010

INSCRIÇÃO: 1020003629

EXERCÍCIO Ativ. Remunerada
 MOTOCICLISTA

LOCAL: GRAVATA - PE
 DATA: 28/01/2010

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO CONDUTOR

44010200304
 2804483104

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDADE: 06/06/2010

05.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

2 de Abril 2010

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012801959245
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	1100584767	*****	2017
---	------------	-------	------

CICERO JOSE DA SILVA

AMARAJO - PE

746.222.424-00

PCU5780

***** 9C2KH000GR042314

*** MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/NXR 160 BROS

2015 2015

2P/162CL

PARTIC

VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00

PREMIO TOTAL (R\$) 0,00

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

AMARAJO - PE

11/01/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Administrativo DETRAN/PE

PE Nº 012801959245 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CICERO JOSE DA SILVA

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

WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

AMARAJO - PE

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
11/01/17

1 746.222.424-00

PCU5780

1100584767

HONDA/NXR 160 BROS

2015

08

9C2KH000GR042314

PREMIO TARIFARIO

R\$ (R\$)

CNP/AN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

11F (R\$)

TOTAL SEGURO (R\$)

DATA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO LIDER - DPVAT

CEP 092 18 508/0001-04

www.segurobrasil.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
Pois não é de porte obrigatório

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2017

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012801959245
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1100684767 2017

CICERO JOSE DA SILVA

AMARAJO-PE

746.222.424-00

PCU5780

PLACA ANT/US ***** 9C2KD1000GR042314

PA* MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA/NXR 160 BROS 2016 2016

2P/162CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO 1* *****

2* *****

3* *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00,00 DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

AMARAJO-PE 11/01/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA PUBLICA, EMPRESSA, CARGA, E PESSOA
TRANSPORTADAS OU BEM SEGURO DPVAT

PE Nº 012801959245 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CICERO JOSE DA SILVA

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

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

AMARAJO-PE EXERCICIO 2017 DATA EMISSAO 11/01/17

VIA 1 746.222.424-00 PLACA PCU5780

1100684767 HONDA/NXR 160 BROS

2016 09 9C2KD1000GR042314

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 00,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00,00 TOTAL A PAGAR (R\$) 00,00

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.145.508/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO

MAI-2016

05.802.494/0601-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20/09/2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 RL, 5
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO



À

SEGURADORA LIDER

EU Wellington Alvorais de Paiva, PORTADOR

DO CPF 072.837.404-81, INFORMO ATRAVÉS DESTA QUE A
CONTA ABAIXO EM MEU NOME, ENCONTRA SE ATIVA, DESBLOQUEADA E
SEM LIMITES PARA MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA.

BANCO: 104

AGENCIA: 0626

OPERACAO: 38174-0

FAVORECIDO: Wellington Alvorais de Paiva

DATA: 21/06/17

Wellington Alvorais de Paiva

BENEFICIÁRIO

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PABX: 33

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190294762 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA **Data do acidente:** 15/01/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PUNHO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.7
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Procuração

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

1. Outorgante Wilmington Alvarais de Paiva

portador(a) do documento de identidade nº 7430654, expedido por SSS/PE, em

15/05/02, inscrito no CPF sob o nº 072.837.404-81, residente na

Av. Manoel Teixeira Pereira, nº 85

complemento _____, Bairro Alice Batista, cidade

Amaraji, Estado PE.

2. Outorgado José da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 5381375, expedido por SSP/PE, em

21/08/1996, inscrito no CPF sob o nº 346.222.424-00, residente na

Rua Antonio José da Silva, nº 38

complemento _____, Bairro Alice Batista, cidade

Amaraji, 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.



Amaraji - PE, 14 de Março de 2017

Outorgante, Wilmington Alvarais de Paiva

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 15 - Amaraji - PE - Fone: (81) 8994-9532
Vista para a Rua 13 de maio - 15 - Amaraji - PE
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: (1) WILMINGTON...
ALVARAIS DE PAIVA...
Dou fe. Amaraji, terça-feira, 14 de março de 2017 - 15h23h
- Em Testemunho _____ da verdade...
VANIA LUCIA DA SILVA - TABELIA EM EXERCÍCIO...
Total: R\$ 66 - Selo(s): 0074740-38A12201501.10677...
Consulte autenticidade em: tpe.jus.br/selodigital...

JS.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL, 2017

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

RECIFE

CARTÓRIO DE TÍT. DOC. PROT. E NOTAS
Vania Lucia da Silva
Tabelião - ST.

Procuração

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

1. Outorgante WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

portador(a) do documento de identidade nº 7130654, expedido por SOSIPE, em

15/05/02, inscrito no CPF sob o nº 072.837.404-81, residente na

Av. Manoel Teixeira Pereira, nº 85

complemento _____, Bairro Água Batista, cidade

Amaraji, Estado PE.

2. Outorgado José da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 5381375, expedido por SSP/PE, em

24/08/1996, inscrito no CPF sob o nº 746.222.424-00, residente na

Rua: Antonio José da Silva, nº 38

complemento _____, Bairro Água Batista, cidade

Amaraji, Estado PE.

Amplos 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.



Amaraji - PE, 14 de Março de 2017.

Outorgante WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 9994-9532
Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) WELINGTON...
ALVORAIS DE PAIVA...
Dou fe. Amaraji, terça-feira, 14 de março de 2017 - 15:23h
- Em Testemunho _____ da verdade...
VANIA LUCIA DA SILVA - TABELIA EN EXERCÍCIO...
Total: 4,66 - Selo(s): 0074740-JBA12201501.10677...
Consulte autenticidade: www.tpe.jus.br/selodigital...

CARTÓRIO DE TÍT. DOC. PROT. E NOTAS
Vânia Lucia da Silva
(Tabelião)
Amaraji - PE

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 APO 2017

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

RECIFE-PE

Procuração

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

1. Outorgante Wellington Alvorais de Faria

portador(a) do documento de identidade nº 7130654, expedido por SOSIPE, em

15/05/02, inscrito no CPF sob o nº 072.837.404-81, residente na

Av. Manoel Teixeira Pereira, nº 85

complemento _____, Bairro Água Batista, cidade

Amaraji, Estado PE.

2. Outorgado José da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 5381375, expedido por SSP/PE, em

21/02/1996, inscrito no CPF sob o nº 746.222.424-00, residente na

Rua: Antonio José da Silva, nº 38

complemento _____, Bairro Água Batista, cidade

Amaraji, Estado PE.

Amplos 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.



Amaraji - PE, 14 de Março de 2017.

Outorgante Wellington Alvorais de Faria

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 9994-9532
Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) WELINGTON...
ALVORAIS DE FARIA...
Dou fe. Amaraji, terça-feira, 14 de março de 2017 - 15:23h
- Em Testemunho _____ da verdade...
VANIA LUCIA DA SILVA - TABELIA EN EXERCÍCIO...
Total: 4,66 - Selo(s): 0074740-JBA12201501.10677...
Consulte autenticidade: www.tpe.jus.br/selodigital...

CARTÓRIO DE TÍT. DOC. PROT. E NOTAS
Vânia Lucia da Silva
(Tabelião)
Amaraji - PE

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 APO 2017

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: 3190294762 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA **Data do acidente:** 15/01/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PUNHO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.7
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190294762

Vítima: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

Data do Acidente: 15/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO JOSE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

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



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



10014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Wellington Alvarais de PaivaPORTADOR(A) DO RG Nº 7.130.651 EXPEDIDO POR SOS EM 15/05/2012 ECPF 07283740481 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Revisor de

E RENDA MENSAL DE R\$ Revisão - R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wellington Alvarais de Paiva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRUPÇÃO
DE SEGUROS LÍDER

10014
RECEITA FEDERAL
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com **imagem digitalizada/scanner colorido**, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0626 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 38184-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Imaraji 21 de junho de 2013
LOCAL E DATA

Wellington Alvarais de Paiva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



OS.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL. 2017

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 072.837.404-81 Nome completo da vítima: Wellington Azevedo de Paiva

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

Nome completo: Wellington Azevedo de Paiva CPF: 072.837.404-81

Profissão: Recebeu-se Endereço: Av. Manoel Teixeira Peix Número: 84 Complemento: _____

Bairro: B. São Paulo II Cidade: Amaraji Estado: PE CEP: 55.515-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.9688.4814

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\$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\$3.000,00 ☐ 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0626 CONTA: 38184 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 05.802.494/0001-41

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

Local e Data: Amaraji 10/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Wellington Azevedo de Paiva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C -

1º Nome: Bon Vito - EEP 30.000-011

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 E ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIBO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66-CIRC
DINTER1/2ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0156000171

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2017 às 11:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 15/1/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR AGENTE)
WELLINTON ALVORAIS DE PAIVA (VÍTIMA)
CÍCERO JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA

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

WELLINTON ALVORAIS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAIS Pai: JOSÉ AMANCIO DE ALVORAIS Data de Nascimento: 18/9/1992 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7130661/SDS/PE (RG), 07283740481 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Endereço Residencial: AVENIDA MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO, 86 - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL, MERCEARIA GEOVANE

(não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTO HONDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Rua da Aurora, nº 175, 1º andar, Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Descrição: **PLACA PCU 5780**

Complemento / Observação

A VÍTIMA WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL PARA COMUNICAR QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRAMENCIONADOS SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. INFORMOU AINDA QUE NA DATA DE 24/01/2017 PASSOU POR CIRURGIA, NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO, LOCALIZADO NA CIDADE DE BEZERROS/PE.

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

WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA
(VÍTIMA)

Wellington Alvorais de Paiva

B.O. registrado por: MARISTELA AMARAL GOIS MAT 221.433-4

Ilgois



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2017

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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 086ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0156000171

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2017 às 11:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 15/1/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR AGENTE)
WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA (VÍTIMA)
CÍCERO JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA

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

WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAIS Pai: JOSÉ AMANCIO DE ALVORAIS Data de Nascimento: 18/9/1982 Naturalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7130661/8DS/PE (RG), 07283740481 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA
Endereço Residência: AVENIDA MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO, 88 - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL, MERCERIA GEOVANE

(não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

05.802.494/5001-...
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

MOTO HONDA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR Objeto apreendido: não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-013
RECIFE-PE

Descrição: PLACA PCU 5760

Complemento / Observação

A VÍTIMA WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL PARA COMUNICAR QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRAMENCIONADOS SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUNDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. INFORMOU AINDA QUE NA DATA DE 24/01/2017 PASSOU POR CIRURGIA, NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO, LOCALIZADO NA CIDADE DE BEZERROS/PE.

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

WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA
(VÍTIMA)

Wellington Alvorais de Paiva

B.O. registrado por: MARISTELA AMARAL GOIS MAT 221.433-4

Maristela Amaral Gois

05.802.494/0001-4-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 8L C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



15:43

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0156000410**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/08/2017** às **16:18**

Complementa o BO Número: 17E0156000171

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 15/1/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

08 AGO. 2017

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

RECIFE-PE

em posse do(a) Sr(a): CÍCERO

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

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA REGINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 15/12/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5381376/SSP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 995359561

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAJI, 36, RUA ANTONIO JOSE DA SILVA - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA Pai: JOSE AMANCIO DE ALVORAIS Data de Nascimento: 12/9/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7130881/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Telefones Celulares: - 999705208

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAJI, 85, AV MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO HONDA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR Objeto apreendido: Não

Boletim de Ocorrência

file:///c:/documents and settings/policia civil/infopol/xml/BOEPres...

Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCU5780 (PERNAMBUCO/AMARAJI)

Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

Descrição: PLACA PCU 5780

Complemento / Observação

O CONDUTOR DA MOTOCICLETA CICERO JOSE DA SILVA JUNTAMENTE COM A VÍTIMA WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL PARA COMUNICAR QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRAMENCIONADOS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. INFORMOU AINDA QUE NA DATA DE 24/01/2017 PASSOU POR CIRURGIA, NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO, LOCALIZADO NA CIDADE DE BEZERROS/PE. CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA DR. SEM MAIS NADA A DECLARAR.

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

Cícero José da Silva
CICERO JOSE DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)

Wellington Alvorais de Paiva
WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA - Matrícula: 273355-2

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA


08 AGO. 2017

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

RECIFE-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270051/17

Vítima: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

CPF: 072.837.404-81

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/01/2017

Titular do CPF: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

CICERO JOSE DA SILVA : 746.222.424-00

Comprovante de residência

WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA : 072.837.404-81

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2017

Nome: CICERO JOSE DA SILVA

CPF: 746.222.424-00

CICERO JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2017

Nome: Jose Soares da Silva Filho

CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



15:43

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0156000410**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/08/2017** às **16:18**

Complementa o BO Número: 17E0156000171

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 15/1/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

08 AGO. 2017

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

RECIFE-PE

em posse do(a) Sr(a): CÍCERO

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

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA REGINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 15/12/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5381376/SSP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 995359561

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAJI, 36, RUA ANTONIO JOSE DA SILVA - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA Pai: JOSE AMANCIO DE ALVORAIS Data de Nascimento: 12/9/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7130881/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Telefones Celulares: - 999705208

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAJI, 85, AV MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO HONDA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR Objeto apreendido: Não

Boletim de Ocorrência

file:///c:/documents and settings/policia civil/infopol/xml/BOEPres...

Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCU5780 (PERNAMBUCO/AMARAJI)

Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

Descrição: PLACA PCU 5780

Complemento / Observação

O CONDUTOR DA MOTOCICLETA CICERO JOSE DA SILVA JUNTAMENTE COM A VÍTIMA WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL PARA COMUNICAR QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRAMENCIONADOS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. INFORMOU AINDA QUE NA DATA DE 24/01/2017 PASSOU POR CIRURGIA, NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO, LOCALIZADO NA CIDADE DE BEZERROS/PE. CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA DR. SEM MAIS NADA A DECLARAR.

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

Cícero José da Silva
CICERO JOSE DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)

Wellington Alvorais de Paiva
WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA - Matrícula: 273355-2

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA


08 AGO. 2017

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

RECIFE-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270051/17

Vítima: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

CPF: 072.837.404-81

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/01/2017

Titular do CPF: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

CICERO JOSE DA SILVA : 746.222.424-00

Comprovante de residência

WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA : 072.837.404-81

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2017

Nome: CICERO JOSE DA SILVA

CPF: 746.222.424-00

CICERO JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2017

Nome: Jose Soares da Silva Filho

CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAÍ - DP66ªCIRC
DINTER/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0156000655

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/11/2017 às 16:10

Complementa o BO Número:
17E0156000419

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 16/11/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAÍ, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL -
AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
CICERO JOSÉ DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CICERO JOSÉ DA SILVA

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

CICERO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: SEVERINA REGINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 15/12/1974 Nacionalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 63013795SP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão:
MOTOTAXISTA
Telefones Celulares:
- 996359551

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAÍ, 38, RUA ANTONIO JOSE DA SILVA - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA -
AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA Pai: JOSE AMANCIO DE ALVORAIS Data de Nascimento: 18/07/1992 Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 71905515DD/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão:
ELETRICISTA

Telefones Celulares:
- 993765206

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAÍ, 35, AV MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA -
AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL

REC. FE. PE.

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTO HONDA (VEICULO) de propriedade de(a): Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse de(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA

Categoria/Marcas/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO

Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCU5780 (PE PERNAMBUCO/AMARAJO)

Ano Fabricação/Modelo:

2016/2016

Descrição: PLACA PCU 5780

Complemento / Observação

O CONDUTOR DA MOTOCICLETA CÍCERO JOSÉ DA SILVA JUNTAMENTE COM A VÍTIMA WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA QUE ESTAVA COMO CARONA NO REFERIDO VEICULO, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL PARA COMUNICAR QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRAMENCIONADOS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA. ESCLARECE QUE FOI SOFRIENDO PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEQUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. INFORMOU AINDA QUE NA DATA DE 24/01/2017 PASSOU POR CIRURGIA, NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO, LOCALIZADO NA CIDADE DE BEZERRÓS/PE. CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA DP, SEM MAIS NADA A DECLARAR.

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

X CÍCERO JOSÉ DA SILVA X
CÍCERO JOSÉ DA SILVA
(AUTOR AGENTE)

WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA
(VÍTIMA)


B.O. registrado por: JOSÉ KENNEDY LOPES DA SILVA - Matrícula: 273366-2

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 DEZ. 2017

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270051/17

Vítima: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

CPF: 072.837.404-81

Data do Acidente: 15/01/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 04/12/2017

Nome: CICERO JOSE DA SILVA

CPF: 746.222.424-00

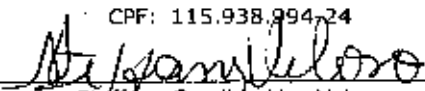
Responsável pelo cadastramento na seguradora

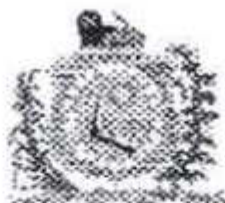
Data do cadastramento: 04/12/2017

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

CICERO JOSE DA SILVA


Steffany Caroliny Lins Veloso



2/8/2017 15:43

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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0156000410

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/08/2017 às 16:18

Complementa o BO Número: 17E0156000171

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 15/1/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA REGINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 16/12/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5381376/SSP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 995369561

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAJI, 38, RUA ANTONIO JOSE DA SILVA - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA Pai: JOSE AMANCIO DE ALVORAIS Data de Nascimento: 18/9/1962 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7130661/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Telefones Celulares: - 999705206

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAJI, 86, AV MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO HONDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOSÉ DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR Objeto apreendido: Não

05.802.494/0001-43
TRACAD CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE

Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCU5780 (PERNAMBUCO/AMARAJI)

Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

Descrição: PLACA PCU 5780

Complemento / Observação

O CONDUTOR DA MOTOCICLETA CICERO JOSE DA SILVA JUNTAMENTE COM A VÍTIMA WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL PARA COMUNICAR QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRAMENCIONADOS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. INFORMOU AINDA QUE NA DATA DE 24/01/2017 PASSOU POR CIRURGIA, NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO, LOCALIZADO NA CIDADE DE BEZERROS/PE. CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA DP. SEM MAIS NADA A DECLARAR.

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

Cicero José da Silva
CICERO JOSE DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)

Wellington Alvorais de Paiva
WELINGTON ALVORAIS DE PAIVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA - Matrícula: 273355-2



05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETOIRA
DE FILIROS LTDA

20/10/2017

Rua da Aurora, 111 175, SL 902 BL. C
Rua Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ª CIRC
DINTER1/12ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0156000171

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/03/2017 às 11:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 15/1/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR/AGENTE)
WELLINTON ALVORAIS DE PAIVA (VITIMA)
CÍCERO JOSÉ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

WELLINTON ALVORAIS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAIS Pai: JOSÉ AMANCIO DE ALVORAIS Data de Nascimento: 18/3/1982 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7130651/SDS/PE (RG), 07293740481 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Endereço Residencial: AVENIDA MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO, 86 - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL, MERCEARIA GEOVANE

(não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTO HONDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CÍCERO JOSÉ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CÍCERO JOSÉ DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: PLACA PCU 6780

Complemento / Observação

A VÍTIMA WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL PARA COMUNICAR QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRAMENCIONADOS SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE. INFORMOU AINDA QUE NA DATA DE 24/01/2017 PASSOU POR CIRURGIA, NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO, LOCALIZADO NA CIDADE DE BEZERROS/PE.

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

WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA
(VÍTIMA)

Wellington Alvorais de Paiva

B.O. registrado por: MARISTELA AMARAL GOIS MAT 221.433-4

Maristela Amaral Gois



05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

7 0 100 7119

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

RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 072.837.404-81 Nome completo da vítima: Wellington Aboaris de Paiva

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

Nome completo: Wellington Aboaris de Paiva CPF: 072.837.404-81

Profissão: Recusou-se Endereço: Av. Manoel Teixeira Peix Número: 84 Complemento: _____

Bairro: B. João Paulo II Cidade: Amaraji Estado: PE CEP: 55.515-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.9688-4814

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

REDA 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\$3.000,00 ☐ 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0626 CONTA: 38184 0

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde 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: _____

Grau de Parentesco com a 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS Rua da Aurora, Nº 175, SL 302 BL. C.

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Local e Data: Amaraji 10/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Wellington Aboaris de Paiva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL



SAMU
192



Amaraji/PE, 16 de fevereiro de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins a comprovação de que o Sr. WELLITON ALVORAZ DE PAIVA, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 15 de JANEIRO de 2017, às 17 hs 28 m próximo ao Engenho Aminoso, município de Amaraji/PE, vítima de queda de Moto.

Atenciosamente,

Isabelle Araújo de Oliveira Campos
Isabelle Campos
Coordenadora do SAMU

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26.02.2017

Rua da Aurora, Nº 173, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE



SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO - CONTA D'AGUA

CNPJ: 11.690.211/0001-10 Insc. Est.: ISENTO
 INSCRIÇÃO QLS CAT TAR EGO INSCRIÇÃO EM RECONTA EMISSÃO MÊS/FAT.
 0001330.4 / TAR 100 NM 001 01/09/97 170028107 28/07/2017 JUL/2017

CICERO JOSE DA SILVA
 RUA ANTONIO JOSE DA SILVA, 38
 B. ALICE S. ANJOS Cep: 55.515-000
 AMARAJI PERNAMBUCO LOCALIZAÇÃO
 00.00.01.0000007660
 ENDEREÇO DE ENTREGA LOCALIZAÇÃO

NEODIMETRO	DATA INSTALAÇÃO	COD.	DESCRIÇÃO	CT	PREST.	VALOR
LEITURA ANTERIOR	DATA LETURA	001	AGUA			28,60
LEITURA ATUAL	DATA LETURA					
CONSUMO	DIAS DE CONSUMO					
OCCORRÊNCIA	LEITURISTA					
000	000					

MÊS/FAT.	CONS.	COTA	MÊS/FAT.	CONS.	COTA
JUN/17	00010	000	MAY/17	00010	000
ABR/17	00010	000	MAR/17	00010	000
FEV/17	00010	000	JAN/17	00010	000
MEDIA:	00010				

SENHOR USUÁRIO PAGUE SUA CONTA EM DIA
 EVITE TRANSCORRER COMO CORTE DE AGUA.
 OBS.: FAVOR DESCONSIDERAR AS CONTAS PAGAS.
 NOTIFICAÇÃO
 COMUNICANDO QUE O ATRASO NO PAGAMENTO
 RESULTARA NO CORTE DO FORNECIMENTO DE
 AGUA.

PARA: ENCARGOS DIÁRIOS MÊSES EM DÉBITO
 2% 0,57 0,0338 0,01 PARABENS! O SAAL
VENCIMENTO 05.803.454/0001-41 **VALOR R\$** 28,60
 CONSUMIDOR TRACAO CONCRETORA
 DE SEGUROS LTDA

SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO - DE AMARAJI

INSCRIÇÃO NOME MÊS/FAT.
 0001330.4 CICERO JOSE DA SILVA JUL/2017
 END.: RUA ANTONIO JOSE DA SILVA, 38 LOCALIZAÇÃO
 B. ALICE S. ANJOS Cep: 55.515-000
 AMARAJI - PERNAMBUCO 00.00.01.0000007660

VENCIMENTO: RECIFE-PE **VALOR R\$** 28,60
 13/08/2017

0001330.07.17.170028107
 B268000000.0 28600130000.8 13300717170.4 02810700002.9
 BASE NÃO RASURE AUTENTICAÇÃO NO VERSO



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO **CONTA D'ÁGUA**

CNPJ: 11.690.211/0001-10

Insc. Est.: ISENTO

INSCRIÇÃO: 0001330.4 CLS: 733 CAT: 100 TAR: 001 INCLUIÇÃO: 01/09/97 RECONTA: 190005390 EMISSÃO: 04/02/2019 MÊSPAT: JAN/2019

CICERO JOSE DA SILVA
RUA ANTONIO JOSE DA SILVA, 39
B. ALICE B. ANJOS
AMARAJI Cep: 55.515-000
PERNAMBUCO

LOCALIZAÇÃO
00.00.01.0000007660

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

HIDROMETRIA			SERVIÇOS E TARIFAS			
HIDRÔMETRO	DATA INSTALAÇÃO	ODG	DESCRIÇÃO	CT	PREST.	VALOR
SEN. HIDRÔMETRO	**/**/****	001	ÁGUA			28,60
LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA					
*****	**/**/****					
LEITURA ATUAL	DATA LEITURA					
*****	**/**/****					
CONSUMO	DIAS DE CONSUMO					
00010	***					
OCCORRÊNCIA	LEITURISTA					
000	000					

ÚLTIMO CONSUMO						PARAMETROS DE ÁGUA DESTINADA					
MÊSPAT	CONS.	ODG	MÊSPAT	CONS.	ODG	Phenol 018 de 25/03/2004 - Valores máximos permitidos					
DEZ/18	00010	000	NOV/18	00010	000	CENTRO					
OUT/18	00010	000	SET/18	00010	000	Data:					
AGO/18	00010	000	JUL/18	00010	000	Cor	pH	Calc	Turbid	Fluor	Col. Total
MÉDIA:	00010					até 15UN	6,5 a 8,5	até 5,0	até 5UT	até 1,5 mg/l	Acidente

MENSAGENS						NOTIFICAÇÃO					
ESTIMAMOS QUE VOCÊ PAGUE SUA CONTA EM DIA.						COMUNICAMOS QUE O ATRASO NO PAGAMENTO					
EVITE TRANSTORNOS COMO CORTE DE ÁGUA.						RESULTARA NO CORTE DO FORNECIMENTO DE					
ORA, FAVOR RECONSIDERAR AS CONTAS PAGAS.						ÁGUA.					

MÉDIA: 2% ENCARGOS DIÁRIOS: 0,57 0,033% 0,01 MÊSES EM DÉBITO: PARABENS! O SAAR AGRADECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO

13/02/2019

VALOR R\$

28,60

CONSUMIDOR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 F. 100. 2019

Rua da Aurora, 117, 175, SL 002 BL. C
Boa Vista - CEP: 51.060-010
RECIFE-PE



Associação de Corretores

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Piceno José da Silva, portador(a) do RG nº 5.381.375, expedido por SSP, em 21/07/1996, CPF/CNPJ nº 746.222.424-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Wellington Azeiteiro de Paiva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Wellington Azeiteiro de Paiva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou-se Renda Mensal: R\$ Recusou-se

Documentos comprobatórios: Recusou-se

Piceno José da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 002 RL, C
Boa Vista - CEP: 50.000-000
REC

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Cleber José da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 746.222.424-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wellington Alencar de Paiva inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.837.404-81

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Wellington Alencar de Paiva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.837.404-81, 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 Antonio José da Silva</u>	Número: <u>38</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>B. São Batista</u>	Cidade: <u>Aracaju</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55.515-000</u>	Tel. (DDD): <u>8539.9668-4814</u>

05.802.494/0001-77

TRACAO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

Local e Data: _____ 25 APR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902-BL. C

Bom Vista CEP 51.060-010

Cleber José da Silva

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cícero José da Silva,
RG nº 3384375, data de expedição 21/08/1996,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 346.222.424-00, com
domicílio na cidade de Amaraji, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Antonio José da Silva, nº 38,
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 Wellington A. de Paiva cujo o condutor era
Cícero José da Silva.

Veículo: 022805959245
Modelo: Honda/NXR 460 Bnes
Ano: 2016/2016
Placa: PEU 5780
Chassi: 922KD4000GR042314
Data do Acidente: 4510212017
Local e Data: Amaraji - PE



Cícero José da Silva
Assinatura do Declarante

Cícero José da Silva

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

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (51) 9934-9512
Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (CÍCERO JOSÉ DA SILVA)
Dout. de. Amaraji, terça-feira, 14 de março de 2017 - 13h29h
- Em Testemunho _____ da verdade.
VANIA LUCIA DA SILVA - TABELIA EM EXERCÍCIO
Totais: 4,66 - Selo(s): 00/4740.88/12201501.10678
Consulte autenticidade: www.tipe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DE TÍTULOS, PROTESTO E NOTAS
Vania Lucia da Silva
(Tabelia)
Amaraji - PE

5.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bom Vista - CEP: 50.060-010

REC. CC. PE