

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 346 222 424-00, com
domicílio na cidade de Amaraji, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Antônio José da Silva, nº 38,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado 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: 02805959245
Modelo: Honda / NX R 160 Branca
Ano: 2016 | 2016
Placa: PEU 5780
Chassi: 9E2KD1000GR042314
Data do Acidente: 45/01/2017
Local e Data: Amaraji - PE



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, 51.902 BL C

Bela Vista - CEP: 50.000-010

RECIFE, PE

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 0994-0832
Câmara de Vereadores - Telefones: 0800-100-1000
Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)Cícero JOSE
DA SILVA.....
Dou fe. Amaraji, terça-feira, 24 de março de 2017 - 15h24h
- Em Testemunho
VANIA LUCIA DA SILVA - TABEJUA EM EXERCICIO.....
Total: 4,66 - Selo(s): 0074740.GEIJ2201501.10678
Consulte autenticidade: <http://tipe.jus.br/seledigital>

CARTÓRIO DE TÍT. DOC. PROT. E NOTAS
Vânia Lucia da Silva
(Tabeliã)
Antônio J. VE



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
Sítio Alice Batista - Amarali/PE
Município de São José de Amaral
[Nº] nº 11.807.832, 0001-75

Maria Madalena dos Santos Reis

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: 50.060-010
REF: 44-116



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 15, 01, 04.

Nº 045-203

NOOME:	Wellington Lucival Pacheco	PESO:	SEXO: M	IDADE: 33
D.N.I.	MÃE: Suelen Pachecos			
END.:	R. Dr. Mário Melo	TB:	BATRÉS:	86
PROFISSÃO:	Artesão	CIDADE:	NACIONALIDADE:	
RESPONSÁVEL:	Pessoal do estabelecimento	(RG)		
QUEIXA PRINCIPAL:	Dor de dor de moto.			
ACIDENTE / HORA:	TEMPERATURA	PA	HORA DO ATEND.	18:00

DIAGNÓSTICO:

600

ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO

Rx: S() N()

DESCRICAO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTENCIA

M. Wentz

A: low film

R. M. D. M. T.

also he

D. T. G. S.

C J S / J

TÉCNICO DE FNE

ENFERMEIRO (A)

Semha = SOS 4129

H R A. Caraway

ASSINATURA MÉDICA

05.802.494/0001-41

~~TRAÇÃO CORRETORA~~

DE SEGUROS LTDA

—

13 JUL 2017

卷之三

Aurora, № 175, SL 902 B

Vista - CEP: 50.060-010

RECIEVE



PREFEITURA MUNICIPAL DE AMARAJI
Secretaria Municipal de Saúde

LAUDA MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Hospital Regional Afonso

LINDADE DE DESTINO

Hans

DADOS DO PACIENTE

NAME: Wallynn from Iowa 52a
AGE:

CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIMENTO	SEXO
-----	------------	-----------------	------

HISTÓRICO CLÍNICO

Mr. Justice de Robe

S. by father

3 imp. near plant

INITIALS 15 - 100

t = rd 104

RESUMES REALIZADOS:

Boswell

HFA 5094 129

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

TIPOS DIAGNÓSTICOS

METRÍCO DA TRANSFERÊNCIA:

3.4.1.1.4 TRANSFERENCIAS

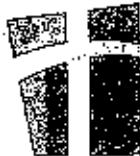
05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITD

13 III 2017

MEDICO ASSISTENZ
GMBH

15/11/14

Rua da Aurora, Nº 175, 1º 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECEBIDO



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Nome: Wellington Alves de Lima

Reg. 112 863

Data de Nasc. 18/10/1982

Data da Cirurgia 24/07/11

Diagnóstico: Inflamação nas articulações do cotovelo
Cod. 5 - 826

Tratamento: P. reposo e trat. fisioterapeuta

Data Retorno: 06/08/11

Motivo Retorno: Liberar medicação para tratamento

90 dias

João Manilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5583

CRÉDITO DA FOTO: STF/1229

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
56/101-00

Protocolo 2017-07-00300

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



MS-DATASUS
VERSÃO: 13.70

O.E.: M260160001

ESPERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 04/11

Num AIH: 261710518965-5

Situação: SEM ERRO

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 04/2017

Data Autorização: 21/01/2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Órgão Emissor: M260160001

CRM:

Doc autorizado: 860016003872385

Doc med resp: 204322838720003

Doc diretor clínico: 204322838720003 Doc médico solte: 100512963070003

CNPJ: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

CNS: 70690507892449-4

Paciente: WELINGTON ALVORAISS DE PAIVA

Prontuário: 112663

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

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: CPF

Doc: 7283740481

Responsável pac.: WELINGTON ALVORAISS DE PAIVA

Nome da filha: MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAISS

Endereço: AVENIDA MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO 86 Bairro: ALICE BATISTA

Raca/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APPLICA

Município: 260090 - AMARAJI

UF: PE CEP: 55515-000

Telefone: (81)9997-05206 Mudou Proc.? : NÃO

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

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

Diag. principal: 652B-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Obito:

Caráter atendimento: 02 - URGÊNCIA

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: . . . / -

CNAE: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Procedimento	Documento CBD	CNPJ/CNPJ	Abrir Valor R\$	Clínica	Clínico	Descrição
1 0408020407 980016003872385 223527001			2344254	1	01/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2 0408020407 204322571060018 225151(8)		2344254	2344254	1	01/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3 0902010016 980016268070848 223505		2344254	2344254	4	01/2017	MARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM)
4 0401010015 980016268070848 223505		2344254	2344254	5	01/2017	CURATIVO GRAU II C/ OU SI/ 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 Nascedos

Número de Saídas

Nº Pró-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 arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Raimundo Francisco Almeida Filho
Médico
CREMEPE: 5379

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

08 AGO. 2017

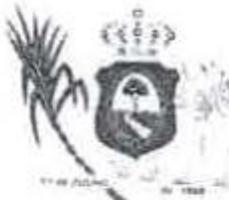
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 49/06/17
Hospital Jesus Pequenino

Ana Amorim
Assistente Social
CRESSPE 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
Bairro Alice Batista - Amaraji/PE
Endr. Mun. de Saúde de Amaraji
(Nr) nº 11.507.822.0001-75

Maria Madalena dos Santos Reis
Maria Madalena Dos Santos Reis

Diretora Administrativa

05.802.494/0001-11
AÇÃO QUIMERÓRA
DE SEGUROS LTDA

26 APR 2019

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 15/01/17

Nº 045-202

NOME: Wellington Lucena Paiva PESO: 33 KG IDADE: 33 ANOS
D.N.: MÃE: Suely Rodrigues da Silva
END: R. N. Mirelles TURMA: 86 BARRA: ✓
PROFISSÃO: Motorista CIDADE: Niterói NACIONALIDADE: BRASILEIRO
RESPONSÁVEL: Edvaldo Oliveira (RG N°)
QUEIXA PRINCIPAL: Dolor no peito.
ACIDENTE / HORA: TEMPERATURA PA HORA DO ATEND.: 18:00h

DIAGNÓSTICO: CID:

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

DESCRÍÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

A : Cura ferida	B : Modo de uso
C : Falso uso	D : E.G. / S : 05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETIVA DE SEGUROS LTDA
E :	F : 15/01/2017 Rua da Aurora, nº 175, 5º andar Bairro: Centro - CEP: 56060-001

TÉCNICO DE ENF.: ENFERMEIRO (A):

Sthá: 509 n129
H.R.A. Caruaru

ASSINATURA MÉDICA

Gabinete CRM

LAUDA MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Hospital Regional França

UNIDADE DE DESTINO:

HMSA

DADOS DO PACIENTE

NOME: Nellyda França Paine 32

CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIMENTO	SEXO
			FEM. MASC.

HISTÓRICO CLÍNICO

Ciclo constante em diaque.

Per. - Sintomas de resfriado

fb: tons fúneos

3: per. + 100 21 tons

5: per. 50 dias. 21 tons

NTUCA INICIAL: Etapa 15 21 tons

t: anal. Rota

05.802.494/0001-41

TRIAGEM CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25/09/2019

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

ATOPF-PI

GNÓSTICO PRINCIPAL:

HIA 5094 129.

TRÊS DIAGNÓSTICOS:

OBJETIVO DA TRANSFERÊNCIA:

MÉTODOS DA TRANSFERÊNCIA:

15/11/14

M. Beltrão
MÉDICO ASSISTENTE
CRNMED

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

Órgão Emissor: M260190001

CRC:

Doc autorizador: 980016003872395

Doc med resp: 204322839720003

CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

Doc diretor clínico: 204322839720003

Doc médico solte: 100512853070003

CNS: 706805078924494

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 65 Bairro: ALICE BATISTA

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO 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 ANTEBRAÇO

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

Diag. principal: S525-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [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:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Ano/Período	Valor p/ Qtde	Cmto:	Descrição
1	0408020407	980016003798055 225270(1)		2344254	1	01/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408020407	204322571080018 225151(6)	2344254	2344254	1	01/2017	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0802010016		2344254	2344254	4	01/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
4	0401010015	9800162886070848 223505		2344254	5	01/2017	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CID SECUNDÁRIO

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

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pró-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas: Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 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 HOSPITALAssinatura Francisco Alves Ferreira
Médico
CRMCEPE: 5379

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 APR 2019

rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PEConferido Com Documento
Original Bezerra PE 49/06/11
Hospital Jesus PequeninoAna Armoniro
Assistente Social
CRESS/PE 4.471

Protocolo: 004-04-0100

MS-DATASUS
VERSÃO: 13.70

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01

INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

ESPELHO DA AIH

PAG.: 129

O.E : M260190001	ESFERA : PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 04 / 2017	PAG.: 129
Num AIH : 261710518965-5	Situação : SEM ERRO	Data Autorização: 21 / 01 / 2017	DATA : 09/05/2017
Especialidade : 01 - CIRURGICO	Órgão Emissor : M260190001	CRC:	
Doc autorizador : 980018003872395	Doc med resp : 204322839720003	Doc diretor clínico : 204322839720003	Doc médico solicitante : 100512953070003
CNES : Z344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA			CNS : 70980507802449-4
Paciente : WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA			Prontuário : 112863
Data Nasc. : 18 / 09 / 1962	Sexo : MASCULINO	Nacionalidade : 010 - BRASIL	Tipo Doc. : CPF
Responsável pac. : WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA			Doc : 7283740481
Endereço : AVENIDA AVENIDA MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO 85 Bairro: ALICE BATISTA		Nome da Mãe : MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAIOS	
Município : 260090 - AMARAJI	UF : PE CEP : 55515-000	Reça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APlica	
Procedimento solicitado : 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO		Telefone : (81)8997-05208	Mude Proc.? : NÃO
Procedimento principal : 04.08.02.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO			
Diag. principal : S528-FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [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 Previdêncial :		CBOR: -	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBQ	CNES/CNPJ	Autorizar	Valor p/ Ordem	Centro	Descrição
1	0408020407	980018003798055 225270(1)	2344254	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	0802010015		2344254	2344254	4	01/2017	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
4	0401010015	980016286070848 223505	2344254	2344254	5	01/2017	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CID SECUNDÁRIO

Cid: V221 Característica PREEXISTENTE

Descrição

MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/VEIC. A MOTOR DE 23 RODAS - PASSAGEIRO TRAUM. EM ACID. A TRANSITO

Número de Nascedos

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*José Geraldo Francisco Araújo Filho*Médico
CREMEPE: 537905.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Av. da Aurora, nº 175, 51.902-861
Boa Vista - CEP: 50.000-000
RÉCIFE-PE

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE *19/06/19*
Hospital Jesus Pequenino
olef

Ana Aronirio
Assessante Social
CRESS/PE 4.471



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Nome: Waltzirio Alves da Fonseca

Reg. 112463

Data de Nasc. 17/05/1982

Data da Cirurgia 20/05/11

Diagnóstico: Lesão Radicular Cervical direita
C1-C5-C6

Tratamento: P. agudo e R. lento - pronta-fixa

Data Retorno: 06/06/17

Motivo Retorno: Indícios de dor

João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980

GRÁFICA BRASIL 00200-129

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE Fone/Fax: (81) 3728.1588

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 E 100 300

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 907 BL. 1
Boa Vista - CEP: 50.060-015
RECIFE-PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 291415 Prontuário: 290884
 Nome: WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA
 Data Nasc.: 18/09/1982 Idade: 34 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 709805078924494
 Endereço: RUA MANOEL TEIXEIRA
 Bairro: ALICE BATISTA Cidade: ARAUÁ-PE
 CEP: 55515000 Fone: 96878161 Profissão: OUTROS
 Nome da Mãe: SUELÍ RODRIGUES DA PAZ
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ODONTOLOGIA C.TRAUM B.M.F.

2 - ATENDIMENTO Data: 15/01/2017 22:22 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Ving de ferida de moto, apresenta politrauma com fratura no fio, punho e tornozelo, não tem ferida aberta.

Exame Físico:

Efusão pleural, ferida aberta no punho, ferida aberta no tornozelo, ferida aberta no joelho, ferida aberta no cotovelo, ferida aberta no antebraço.

a) Dofte

Diag. Provisório:

Dofte de b7s

Dofte contuso da artéria (puxa dor deles tornozelo/punho)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

25.000,00

Prescrição:

Dieta:

Rua da Aurora, 1175, 51.900 BL. C

Data

Horário

Plasty of fibra de gelo de ferida
moto no tornozelo. Referir Dofte
e punho (1) e tornozelo (5)

CD-Rx - punho (1) - APP/pel/inf

CD-Rx - Tornozelo (5) - APP/pel/inf

Dofte sucula sulco pulmonar

1a) Enxoval 1x + 10 cm

2a) Tensão 1x + 10 cm

3a) Dofte do TNT (5)

Dr. Raimundo Honório
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 19692

Tassio Tabosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 19692

15 JAN 2017

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - Evolução / Exames

16/01/17 + 00:00min
01:30

Paciente c/ história de acidente futebolístico há 4h referindo dor em punho A + T + R Nega dor muscular ou articular. Existe dor de tendinosa e edema muscular. Sobre hérnia de diafragma não é possível. Rx: no fundo do útero díbil + Fratura do pulso

Exame(s) feito(s) do TN/PI
Radiografia

Tássio Fabrisa
Cirurgião-Dentista
CRM-PE 19662
08/01/2017

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: Paciente Familiar
Endereço: Residência Fábrica
Data: Col. Fabriciano
Tel.: CRM-PE 20136
Assinatura CRM-PE 20136

Autorização de Procedimento

Nome: Paciente Familiar
Endereço: Residência Fábrica
Procedimento: CRM-PE 20136
RG: CRM-PE 20136
Tel.: CRM-PE 20136

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Braúna - CEP 50.060-010

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se CRM-PE 20136
 Transferência: Termo de Alta CRM-PE 20136
 Internamento CRM-PE 20136

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

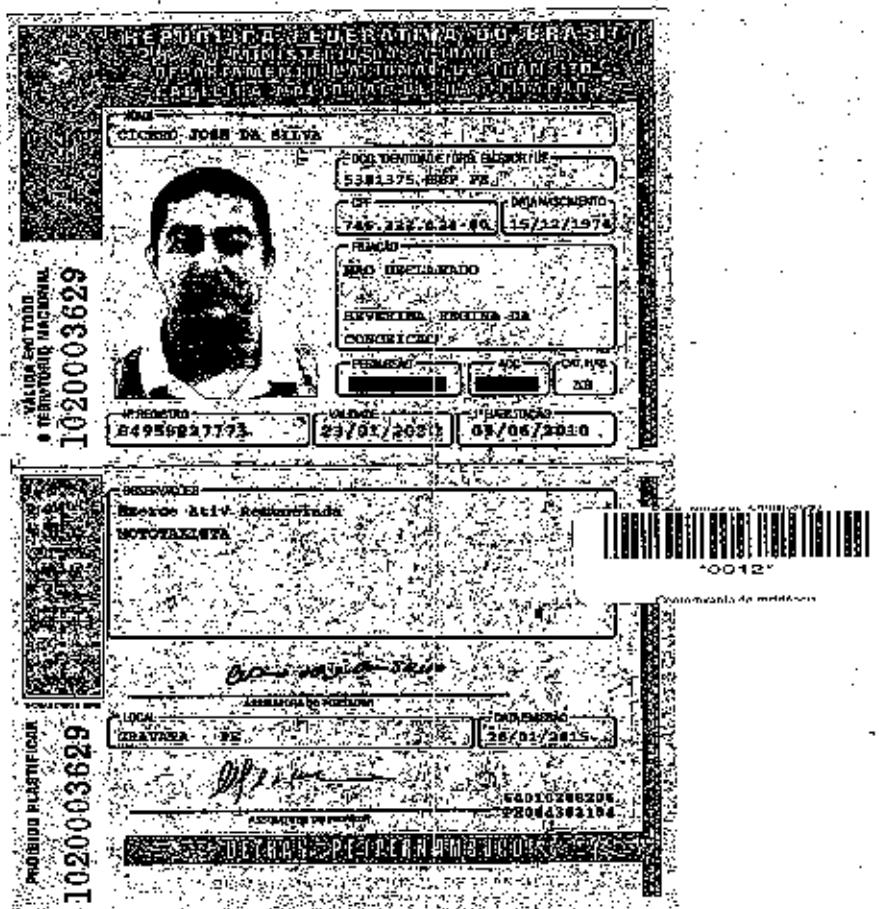
Data: _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

11/01/2017 10:23:10 PM

de 2

Usuario do Atendimento

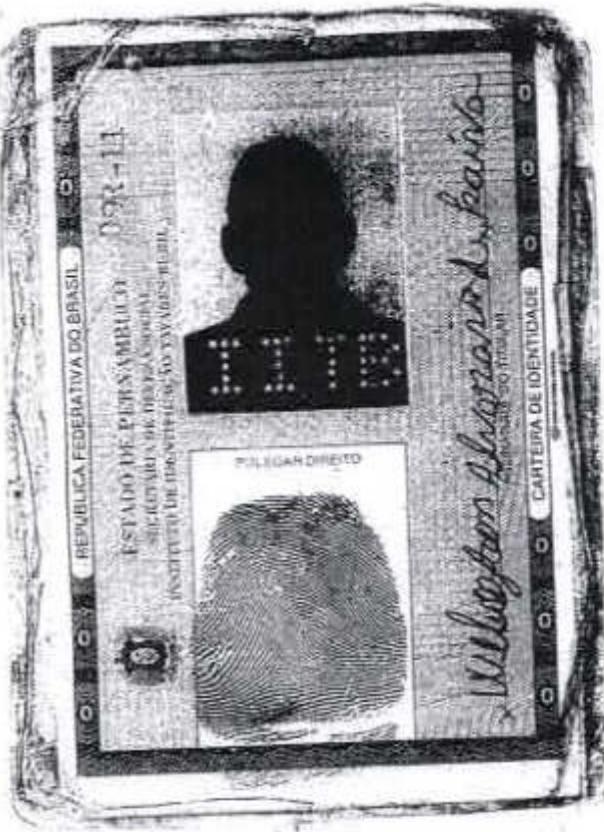
LUCIANAAP



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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 = 100 000
Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CE - 50.060-010
RECIFE - PE



1020003629

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

2 = ATO 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA COD. RENAVAM PNFCD EXERCÍCIO
1 1100584767 2017

CICERO JOSE DA SILVA

AMARAJI-PE

746.222.424-00

PLACA
PCUS780

PLACA ANT/VE

*****1 9C2XU1800GR042314

PLATEAU
MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

HONDA/NXR 160 Bros

2016 2016

2P/1620L

CATEGORIA
PARTIC

CORRESPONDENTE
VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO

FADA 124, 11
SEGURADO PAGO

RECOLHIMENTO CO (R\$)
*****31*****

SEM RESERVA

OBSEPARÇÕES

AMARAJI-PE

Charles Andrews Souza Ribeiro

INTERPRETACAO MATERIAIS DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
AUTOMÓVEIS E MOTOCICLETAS
PÁS PORTA DO SEGURO DPVAT

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 CONTRATAÇÃO

www.ipva.segurodetran.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 11/01/17

VIA COD. PNFCD PLACA
1 746.222.424-00 PCUS780

1100584767 N.º MODELO HONDA/NXR 160 Bros

2016 09 N.º CHASSI 9C2XU1800GR042314

PRÉMIO TARIFÁRIO

IPVA (R\$)	IPVA RAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
0,00	0,00	0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)

0,00

TOTAL SEU PREÇO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

DOTAÇÃO

PARCELA(s)

SEGURADORA IDER - DPVAT

0273 09 248 608 0001-04

www.ipva.segurodetran.com.br

DESENHO E GUARDE O BILHETE DPVAT
FIM NÃO F DE PORTA ORIGATORIO

03.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL. 2017

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
870.55.05

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012801959245

VIA COD. RENAVAM DATA EXPIRAÇÃO
1 1100664767 ***** 2017

CICERO JOSE DA SILVA

AMARAJI-PE

746.222.424-00

PLACA PCU5780

PLACA ANTO/UE

***** CHASSI 9C2KD1000GR042314

TIPO DE VEHÍCULO
PR⁺ MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

HONDA/NXR 160 BROS

2016 2016

DATA/POLÍCIA
2P/162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR/FREQUÊNCIA
VERMELHA

COTA UNICA

VENG. COTA UNICA

VEN. COTA 15

IPVA 2017 QUITADO

1 *****

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2 *****

A 1

3 *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

PREUO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PAGO

OBSEVAÇÕES

SEM RESERVA

Charles Andrews Souza Ribeiro

11/01/17

AMARAJI-PE

Charles Andrews Souza Ribeiro
Presidente DFTRAE/PE

SEGUNDO DOCUMENTO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMÓVEIS, INICIALIZADORES, REPOSOS, CARGA, A PLACAS
TRANSPORTADAS OU BAIAS, SEGURO DPVAT

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.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 322 1204

AMARAJI-PE

EXPIRADO
2017

DATA EMISSÃO
11/01/17

VIA CPF/CNPJ
1 746.222.424-00 PLACA PCU5780

PLACA ANT/UE 1100664767 HONDA/NXR 160 BROS

ANÚNCIO 2016 CALCADE 09 CHASSI 9C2KD1000GR042314

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (R\$)	DETAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
—	—	—
—	—	—
—	—	—

CUSTO DO BILHETE (R\$)	DPVAT (R\$)	TOTAL PREUO PAGO (R\$)
—	—	—
—	—	—

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP/09.125.662/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTA OBIGATÓRIO

NAT-2016

05.802.494/0001-11

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTD

2 C ADP 17/1

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C

Bela 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: 38194-0

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: 060-010
PÁGINA: 01

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 Washington Alvorais de Paiva

portador(a) do documento de identidade nº 7430654, expedido por SOS IPE, em
15/05/02, inscrito no CPF sob o nº 072.837.404-81, residente na
Rua Manoel Tavares da Paixão, nº 85,
complemento _____, Bairro Almeida Batista, cidade
Amaraji, Estado PE.

2. Outorgado Antônio José da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 53.81375, expedido por SSP IPE, em
25/08/1996, inscrito no CPF sob o nº 346.222.424-00, residente na
Rua Antônio José da Silva, nº 38,
complemento _____, Bairro Almeida 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 Washington Alvorais de Paiva

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 3894-8532
Meia Jura de Uso - 007470-38412201501.10677
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: (1) WASHINGTON ALVORAIOS DE PAIVA.....
Dou fe. Amaraji, terça-feira, 14 de março de 2017 - 15:23h
- Em Testemunho da verdade.....
WANIA LUCIA DA SILVA - TAREFA EM EXERCICIO.....
Total: 4,66 - Selo(s): 007470-38412201501.10677
Consulte a autenticidade: www.tipe.jus.br/seletodigital.....

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL. 2017

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

CARTÓRIO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Wania Lúcia da Silva
(Assinatura)
Amaraji - PE

Procuração

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

1. Outorgante Washington Alves de Paiva

portador(a) do documento de identidade nº 7430654, expedido por SOSIPE, em
15/05/02, inscrito no CPF sob o nº 072.837.404-81, residente na
Rua Manoel Tavares Perneta, nº 85
complemento _____, Bairro Almeida Batista, cidade
Amaraji, Estado PE

2. Outorgado José Toné da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 5381375, expedido por SOSP/PE, em
28/02/1996, inscrito no CPF sob o nº 346.222.424-00, residente na
Rua: Antônio Toné da Silva, nº 38
complemento _____, Bairro Almeida 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, Washington Alves de Paiva

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS

Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 3994-9532

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) WELINGTON...
ALVORAI DE PAIVA.....

Dou fe. Amaraji, terça-feira, 14 de março de 2017 - 15:23h
- Em Testemunho da verdade.....
VÂNIA LUCIA DA SILVA - TABELLÁ EN EXERCÍCIO.....

Total: 4,66 - Selo(s): 0074740.JRA12201501.10677.....
Consulte autenticidade: www.tipe.jus.br/selodigital.....

05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 R ARO 2011

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIF-PE

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

Procuração

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

1. Outorgante Washington Alves de Paiva

portador(a) do documento de identidade nº 7430654, expedido por SOSIPE, em
15/05/02, inscrito no CPF sob o nº 072.837.404-81, residente na
Rua Manoel Tavares Perneto, nº 85
complemento _____, Bairro Almeida Batista, cidade
Amaraji, Estado PE

2. Outorgado José Toné da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 5381375, expedido por SOSP/PE, em
28/02/1996, inscrito no CPF sob o nº 346.822.424-00, residente na
Rua: Antônio Toné da Silva, nº 38
complemento _____, Bairro Almeida 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, Washington Alves de Paiva

CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS

Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 3994-9532

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) WELINGTON...
ALVORAI DE PAIVA.....

Dou fe. Amaraji, terça-feira, 14 de março de 2017 - 15:23h.
- Em Testemunho da verdade.....
VÂNIA LUCIA DA SILVA - TABELLÁ EN EXERCÍCIO.....
Total: 4,66 - Selo(s): 0074740.JRA12201501.10677.....
Consulte autenticidade: www.tipe.jus.br/selodigital.....

05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 R ARO 2011

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFI-PF

CARTÓRIO DE TÍT. DOC. PROT. E NOTAS
Vânia Lúcia da Silva
(Tabellá)
Amaraji - 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

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, 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 Lider • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014-

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Código de identificação do IMI

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 Alvorais de Paiva

POR(DA) DO RG N° 7.130.651 EXPEDIDO POR SOS EM 15/05/2002

CPF 04283740481 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Revisor - se

E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor - se (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wellington Alvorais 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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 como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta na 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; Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0626 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 58384-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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) 58384-0

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 Wellington Alvorais de Paiva
LOCAL E DATA 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.



05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL. 2017

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

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 Soares de Paiva

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

Nome completo:

Wellington Soares de Paiva

Profissão:

Recurso - se

Endereço:

Av. Manoel Teixeira Peix

Bairro:

B. José Paulino

Cidade:

Amaraji

E-mail:

Estado:

PE

CEP:

55.515-000

Tel.(DDD): (84) 9.9668-4819

Número: 81 Complemento:

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)

Name do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0626

CONTA: 38184

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 atende 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: 05.802.494/0001-41

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C,

1º | Nome: Boa Vista CEP: 59000-010

CPF: 761.111-477

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 RODO, 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

26 APR 2019

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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66 CIR.
DINTER1/12ºDESEC**

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 - Culpado (Consumado) que aconteceu no dia 15/1/2017 no período da Tarde

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

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR / AGENTE)
WELLINTON 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)

WELLINTON ALVORAIS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAIS Pai: JOSÉ AMANCIO DE ALVORAIS Data de Nascimento: 18/9/1992 Naturalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7130681/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
05.802.494/0001-4
CÍCERO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA CIVIL
DE SEGUROS LTDA

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

13 JUL. 2017

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 126, Centro
Boa Vista - CEP: 56.060-010

RECIFE-PE

Descrição: PLACA PCU 5780

Complemento / Observação

A VÍTIMA WELLINGTON ALVORAIS DE PAIVA, COMPARCEU 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 SEGUINHA 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

WELLINTON ALVORAIS DE PAIVA
(VITIMA)

Wellington Alvorais de Paiva

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

M. Gois



31

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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ºCIRC
DINTER1/M 2ºDESEC**

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 - Culpado (Consumidor) que aconteceu no dia 15/3/2017 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 LAGENTE)
WELLINTON ALVORAIOS DE PAIVA (VÍTIMA)
CICERO 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)

WELLINTON ALVORAIOS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAIOS Pai: JOSÉ AMANCIO DE ALVORAIOS Data de Nascimento: 18/9/1982 Naturalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 71306618001/PE (RG), 07283740481 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Endereço Residencial: AVENIDA MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO, 88 - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL, MERCÉARIA GEOFANE

(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

05.802.494/0001-77
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/XR Objeto apreendido: N/A
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

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

Descrição: PLACA PCU 5780

Complemento / Observação

A VÍTIMA WELLINGTON ALVORAIOS DE PAIVA, COMPARCEU 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 ABINDA QUE NA DATA DE 24/01/2017 PASSOU POR CIRURGIA, NO HOSPITAL JESUS PEQUENINHO, LOCALIZADO NA CIDADE DE BEZERROS/PE.

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

WELLINTON ALVORAIOS DE PAIVA
(VITIMA)

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, SJ. 5012-800
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



15:43

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
LEGACIA DE POLICIA DA 66ª CIRCUNSCRICAO - AMARAJI - DP66PCIRC
DINTER1/2ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0156000410

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

Completa o BO Número: 17E0156000171

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS (TDA)

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA (VITIMA)

08 AGO. 2017

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

RECIFE-PB

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/SDP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 996369661

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

WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA Pai: JOSE AMANCIO DE ALVORAIOS Data de Nascimento: 18/9/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7130861/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 (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/XR Objeto apreendido: Não

Boletim de Ocorrência

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

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 ALVORAIOS 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 PEQUENINHO, 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*Cicero José da Silva***CICERO JOSE DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)***WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA***(VITIMA)****S.O. registrado por: JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA - Matrícula: 273355-2**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 AGO. 2017

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

RECIF-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios da 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
LEGACIA DE POLICIA DA 66ª CIRCUNSCRICAO - AMARAJI - DP66PCIRC
DINTER1/1 2º DESSEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0156000410

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

Completa o BO Número: 17E0156000171

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS (TDA)

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CÍCERO JOSÉ DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA (VITIMA)

08 AGO. 2017

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

RECIFE-PE

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/SDP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 996369661

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

WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA Pai: JOSE AMANCIO DE ALVORAIOS Data de Nascimento: 18/9/1982 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 (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/XR Objeto apreendido: Não

Boletim de Ocorrência

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

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 ALVORAIOS 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 PEQUENINHO, 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*Cicero José da Silva***CICERO JOSE DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)***WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA***(VITIMA)****S.O. registrado por: JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA - Matrícula: 273355-2**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 AGO. 2017

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios da 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
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE PÓLICIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ºCIRC
DINTER/12ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0156000655

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

Complemento à BO Número:
17E01560006410

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 16/11/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 3, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL -
AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:
Cícero José da Silva (Autor/Audiente)
WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA (Vítima)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse da(s) sr(a): Cícero José da Silva

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

Cícero José da Silva (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: BEVERINA REGINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 15/12/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO /BRASIL
Documentos: 6301376/SGP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 7º GRAU INCOMPLETO Profissão:
MOTOTAXISTA

Telefones Celulares:
- 996339551

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 35, RUR ANTONIO JOSE DA SILVA - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA -
AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL 05.802.494/0001-41

WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino TRAÇÃO CORRETORA
Mãe: MARIA LUZINETE DE PAIVA Pai: JOSE AMANCIO DE ALVORAIOS Data de Nascimento: 18/07/1982 Naturalidade: NÃO
INFORMADO /PERNAMBUCO /BRASIL
Documentos: 7180661/SDG/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 7º GRAU INCOMPLETO Profissão:
ELETRICISTA

Telefones Celulares:
- 999705206
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 35, AV MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA -
AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL Rua da Aurora, Nº 175, SE 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010 REC.FF.PE

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

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

Delegacia/Gabinete/Local: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO

Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCU 5780 (PELMA/MBUCA/AMARAJI)

Ano Fabricação/Modelo:

2010/2016

Descrição: PLACA PCU 5780

Complemento / Observação

O CONDUTOR DA MOTOCICLETA CÍCERO JOSÉ DA SILVA JUNTAMENTE COM A VÍTIMA WELINGTON ALVORAIOS DE PAMA 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. DECLAREU 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 PEQUENINHO, LOCALIZADO NA CIDADE DE BEZERRAS/PE, CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA DP, SEM MAIS NADA A DECLARAR.

Assinatura do(s) pessoa(s) presente neste ato da unidade policial

X Cícerô José da Silva X Wellington Alvoraios de Pama
 CÍCERO JOSÉ DA SILVA WELINGTON ALVORAIOS DE PAMA
 (AUTOR/AGENTE) (VÍTIMA)

B.O. registrado pelo DESE 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-PF

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270051/17

Vítima: WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA
CPF: 072.837.404-81

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/01/2017

Titular do CPF: WELINGTON ALVORAIOS 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

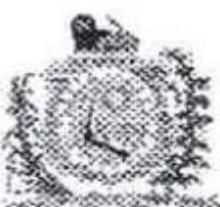
Data da entrega: 04/12/2017
Nome: CICERO JOSE DA SILVA
CPF: 746.222.424-00

CICERO JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2017
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso



2/8/2017 15:43

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
LEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ºCIRC
DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° **17E0156000410**

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

Completa o BO Número: 17E0156000171

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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

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: 5381376/8SP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 996369661

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAJI, 39, 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: 18/9/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7130661/8DS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Telefones Celulares: - 999705206

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/info/pol/xml/BOEPrev...

Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCU5780 (PERNAMBUCO/AMARALI)

Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

Descrição: PLACA PCU 5780

Complemento / Observação

O CONDUTOR DA MOTOCICLETA CICERO JOSE DA SILVA JUNTAMENTE COM A VÍTIMA WELINGTON ALVORAIOS 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 JOSE DA SILVA
(AUTOR/A AGENTE)

WELINGTON ALVORAIOS DE PAIVA
(VITIMA)

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



05.802.494/0001-41
TRIAGEM CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28/09/2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º BLOCO
Belo Horizonte - CEP: 30.060-010
MECRI - PT



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66 CIRC
DINTER1/12ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0156000171

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuidoso (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 ALVORAIOS 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)

WELLINTON ALVORAIOS DE PAIVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: MARIA LUZINETE DE PAIVA ALVORAIOS Pai: JOSÉ AMANCIOS DE ALVORAIOS Data de Nascimento: 18/9/1982 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7130651/SD9/PE (RG), 07283740481 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ELETRICISTA Endereço Residencial: AVENIDA MANOEL TEIXEIRA PEIXOTO, 85 - CEP: 0 - Bairro: ALICE BATISTA - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL, MERCEARIA GEOVANE

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

Rua da Aurora, 101/125, 51.901 BL. C
Bela Vista - CEP: 500360410

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 (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)

Descrição: PLACA PCU 5780

Complemento / Observação

A VÍTIMA WELLINGTON ALVORAIOS DE PAIVA, COMPARCEU 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

WELLINTON ALVORAIOS DE PAIVA
(VITIMA)*Wellington Alvoraios de Paiva*

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

M. Gois

SL.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

70 800 0001

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/004

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 Soares de Paiva

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

Nome completo:

Wellington Soares de Paiva

CPF:

072.837.404-81

Profissão:

Recusou-se av. Marcel Teixeira Peixoto

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

B. Jardim Paulista

Cidade:

Amaraji

Estado:

PE

CEP:

55.515-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(81) 9.9684-1814

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)

AGÊNCIA:

0626

CONTA: 38184

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA: 0

(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 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 discordar 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:

05.802.494/0001-41

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos:

Vítima deixou
nascituro (vai nascer)?

Sim Não

Vítima deixou
pais/avós vivos?

Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa 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.

Informações
Início da
Resposta
Reservado
para
Assinatura

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C.

1º | Nome: Boa Vista - CEP: 50.000-010
CPF: 765.123.123-12

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) 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 clínica do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



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, as 17 hs 28 m próximo ao Engenho Aminoso, município de Amaraji/PE, vítima de queda de Moto.

Atenciosamente,

Isabelle Campos

Isabelle Campos
Coordenadora do SAMU

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 F APP 2014

Rua da Aurora, 10° 175, 51.902 BL C

Baixa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



SERVÍCIO AUTÔNOMO DE LIGAÇÃO E DESLIGAMENTO CONTA D'ÁGUA

CNPJ: 11.690.211/0001-10

Ins. Est.: ISENTO

CLS CAT TAR ECO INCLUIDO EN

REFACONTA **EMISSÃO**

103

00013304 / 3AB 100 NM 001 01/09/87 170028107 28/07/2017 JUL 2017

CÍCERO JOSE DA SILVA
EUA ANTONIO JOSE DA SILVA, 38
B. ALICE 3. ANJOS
AMASAJI CEP: 55.515-000
PERNAMBUCO

LOCALIZAÇÃO

ENDEREÇO DE ENTREGA

10512000

HIDROMETRO	DATA INSTALAÇÃO	COD.	DESCRIÇÃO	CT	PREST.	VALOR
SEN. HIDROM.	DATA LEITURA	001	AGUA			28,60
LEITURA ANTERIOR	*****					
LEITURA ATUAL	DATA LEITURA					
CONSUMO	*****					
	DIAS DE CONSUMO					
OCORRÊNCIA	00010	***				
	LEITORISTA					

SENHOR DE USUÁRIO PAGUE SUA CONTA EM DIA
EVITE TRANSTORNO COMO Corte de ÁGUA.
OGS.: FAVOR DESCONSIDERAR AS CONTAS PAGAS.

NOTIFICAÇÃO
COMUNICAMOS QUE O ATRASO NO PAGAMENTO
RESULTARÁ NO CORTE DO FORNECIMENTO DE
ÁGUA.

VENCIMENTO 12/08/2012 **VALOR R\$ 28,60**

AGENCIA CORRETORA DE SEGUROS STETAN

SERVICIO AUTÓNOMO DE AGUA Y SEGO

JUL/2017
LOCALIZADO
00 00.01.0000001660

0001330_07/17/202107
82680000000,0 28600130000,8 13300717170,4 02810700002,9

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#) | [Print](#)



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO CONTA D'ÁGUA

CNPJ: 11.690.211/0001-10

Insc. Est.: ISENTO

INSCRIÇÃO	CLAS	DAY	TMH	ECO	RECARGAEM	REFCONT	EMISSÃO	MES/FAT.
0006343.0	BAR	100	NM	001	26/10/17	190008808	04/02/2019	JAN/2019

EDILENE RODRIGUES DE MENEZES
AV. MANGAI TEIXEIRA PEIX., 81
B. JOÃO PAULO II
AMARAJI

Cep: 55.515-000
PERNAMBUCO

LOCALIZAÇÃO
00.00.01.0000006445

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

HIDROMETRIA			SERVIÇOS E TANIFAS		
HIDROMETRO	DATA INSTALAÇÃO	CÓD.	DESCRIÇÃO	CT	PREST.
EDM RECORH	***/***/****	001	AGUA		28,60
LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA				
*****	**/**/****				
LEITURA ATUAL	DATA LEITURA				
*****	**/**/****				
CONSUMO	DIAS DE CONSUNTO				
EDSIS	***				
OCORRÊNCIA	LEITURISTA	000			
EDSIS					

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
Pautaria 316 da Agência Nacional de Águas máximas permitidas					Dia:
MÉS	CONC.	CONC.	MÉS	CONC.	CONC.
DEZ/18	00010	000	NOV/18	00010	00010
OUT/18	00010	000	DEZ/18	00010	00010
AGO/18	00010	000	JUL/18	00010	00010
MÉDIA	00010				

ALICE BATISTA

Detalhe: Cor pH Cloro Turbidez Flav. Col. Total

am 19081 8,0 a 8,8 am 0,0 am 60,7 am 15 mg/l Ausente

Obrigado

AVISO DE AÇÃO					
GENESEUS ISSUARÁ FAXE SEJA COADA EM DIA					NOTIFICAÇÃO
EVITE TRANSFORMAR COADE COADE DE ÁGUA.					COMUNICAR QUE O ATRASO NO PAGAMENTO
OBIGA-SE FAZER DESCOMISSAR AS CONTAS PAGAS.					RECLAMA NO DIREITO DO FORNECEDOR DE ÁGUA.

META	ENCARGOS DIÁRIOS	MÉS/SEM CREDITO	EXISTE (0) 003 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 89,87
2%	0,57	0,033%	0,01

VENCIMENTO **13/02/2019** VALOR R\$ **28,60**

CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE AMARAJI

INSCRIÇÃO	NAME	MES/FAT.
0006343.0	EDILENE RODRIGUES DE MENEZES	JAN/2019
END.	AV. MANGAI TEIXEIRA PEIX., 81 B. JOÃO PAULO II AMARAJI - PERNAMBUCO	LOCALIZAÇÃO 00.00.01.0000006445

VENCIMENTO: **13/02/2019** VALOR R\$ **28,60**

0006343.01.19.190008808
826500000000.3 28600130000.B 63430119190.0 00880600002.3

SAAS NÃO PAGUE AUTENTICAÇÃO NO VERSO



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SISTEMOS LTDA

27 FEB 2019

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

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO CONTA D'ÁGUA

CNPJ: 11.690.211/0001-10

Insc. Est.: ISENTO

INSCRIÇÃO	CLS	CAT	TAR	ECO	INCLUSÃO	NEONADA	EMISSÃO	MES/FAT.
0001330.4	FAZ	100	NM	001	01/09/97	190005390	04/02/2019	JAN/2019

CICERO JOSE DA SILVA
RUA ANTONIO JOSE DA SILVA, 39
B. ALICE B. AIROS
AMARAJI

Cep: 55.515-000
PESSOA/PE

LOCALIZAÇÃO
00.00.01.0000007660

ENDERÉCOS DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

HIDROMETRIA		SERVIÇOS E TARIFAS		
HIDROMETRO	DATA INSTALAÇÃO	ODS	DESCRIÇÃO	CT
SENH VIDORR	*****	001	ÁGUA	PREST.
LEITURA ANTERIOR	DATA LEITURA			VALOR
*****	*****			28,60
LEITURA ATUAL:	DATA LEITURA			
*****	*****			
CONSUMO	DIAS DE CONSUMO			
00010	***			
OCCORRÊNCIA	LEITURISTA			
ODS	ODS			

ULTIMOS CONSUMOS						PARAMETROS DA ÁREA DISTRIBUIDORA							
MES/FAT.	CONS	ODS	MES/FAT.	CONS	ODS	Padaria 918 em 29/01/2019 - Valores máximos permitidos							
DEZ/18	00010	000	NOV/18	00010	000	CENTRO							
001/19	00010	000	001/18	00010	000	Centro							
AGO/18	00010	000	JUL/18	00010	000	Centro							
MÉD:	00010					Centro							

MULTAS E ENCARGOS						NOTIFICAÇÃO							
ESTORES DEDICADO PAGUE SUA CONTA EM DIA.						COMUNICAROS QUÉ O ATRASO NO PAGAMENTO							
EVITE TRANSTORNO COMO Corte de Água.						INTERFERIR NO CORTE DO FORNECIMENTO DE							
OBIG: FAVOR DESCONSIDERAR AS CONTAS PAGAS.						ÁGUA.							

MULTA	ENCARGOS DIÁRIOS	MÉSES) EM DÉBITO	PARAFENSI O SAAE	AGRADECE SUA PONTUALIDADE
23	0,57	0,033%	0,01	

VENCIMENTO	13/02/2019	VALOR R\$	28,60
CONSUMIDOR			

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26/09/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 002 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

REDE-PI



Autorização de Controle

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 Renato José da Silva, portador(a) do RG nº 5.381.375, expedido por JSP, em 21/08/1996, CPF/CNPJ nº 746.222.424-00,

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

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

Documentos comprobatórios: Recurso - se

Renato José da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 RL C
Boa Vista - CEP: 50.020-000
REFIT

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eleno José da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 746.222.424-100, 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 invalidez 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 Lider-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 Antônio José da Silva</u>	Número:	<u>38</u>	Complemento:
Bairro:	<u>B. Siqueira Batista</u>	Cidade:	<u>Aracaju</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55.515-000</u>
E-mail:				Tel. (DDD): <u>(81) 9.9668-4914</u>

05.802.494/0001-00

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Local e Data: _____ 25 APR 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL C

Boa Vista CEP: 50.060-010

Eleno José da Silva

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eiceno José da Silva,
RG nº 53.813.75, 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 Antônio 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
Eiceno José da Silva.

Veículo: 062805969245
Modelo: Honda / NXR 160 Branca
Ano: 2016 / 2016
Placa: PEU 5780
Chassi: 9E2KD5000GR042314
Data do Acidente: 45/10/2017
Local e Data: Amaraji - PE

 Assinatura do Declarante

Eiceno 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: (81) 9834-9512
Título: Certeza de título - 2017-07-13 - Vaneia Lúcia da Silva

Reconheço por ALIENATIVAMENTE 1 firma(s) da(s) (1) EICENO JOSÉ DA SILVA.

Dou fé. Amaraji, terça-feira, 14 de março de 2017 - 13:24h

- Em Testemunho _____ da verdade.

VANIA LÚCIA DA SILVA - TABELIÃA EM EXERCÍCIO.

Total: 4,00 - Setor(s): 0074740-00/12201501-10000

Consulte autenticidade: www.tjpe.jus.br/seadigital

CARTÓRIO DE TÍTULOS, PROTESTO E NOTAS
Vânia Lúcia da Silva
(Tabeliã) - PE

5.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Baixa Vista - CEP 50.060-010

REC.FE.PE