



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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-80 | 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/BIBLIOTECABEB/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 COAF¹.

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 9.513/98.

Pelo exposto, eu Joilson Ferreira Macedo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 540.974.874 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
André Valdomiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.872.574 / 10
do sinistro de DPVAT cobertura Dams da Vítima André Valdomiro da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.872.574 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto 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 Antenor Navarro</u>	Número: <u>729</u>	Complemento: <u>-</u>
Bairro: <u>Petropolis</u>	Cidade: <u>Paruaru</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>macedo jf 43 @ gmail . com</u>	CEP: <u>55032-230</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 99907.7180</u>

Local e Data:

Paruaru, 04 de julho de 2019

Joilson Ferreira Macedo
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 Jun 2019

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

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

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

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

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

Eu, Valmir Valdomiro da Silva,

RG nº 5.903.545, data de expedição 09/06/2019

Órgão _____, portador do CPF nº 038.900.504.50

com domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de

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

Sítio Queimada do Pereira, Zona Rural, nº S/N

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

Andre Valdomiro da Silva, cujo o condutor era

Andre Valdomiro da Silva.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/CG 150 Fan EST Ano: 2012

Placa: PFY 5191 Chassi: 9C2KC1670CR621474

Data do Acidente: 09/06/19

Local e Data: Agrsina 04 de julho de 2019

Valmir Valdomiro da Silva
Assinatura do Declarante

Andre Valdomiro da Silva
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório do Registro Civil e Tabelionato do 3º Distrito
Rua da Ribeira, nº 48 - Agrasina - Tel: (81) 366920409
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
VALMIR VALDOMIRO DA SILVA
que confere o/ o padrão exp. nesta escritura, em 04
de julho de 2019.
Em testemunho
MANUEL FERREIRA FILHO (OFICIAL)
Escr.: 08.2.19 TPRS 08 0.66 Total 08 2.19
Válido somente com o selo: 107.000.3200001921.00292
Consulte autenticidade em www.tre.br/sei/validar

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL OFICIAL
Manuel Ferreira Filho
Rua Barra do Jardim - 3º Distrito
A - Agrasina - PE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL OFICIAL
Manuel Ferreira Filho
Rua Barra do Jardim - 3º Distrito
A - Agrasina - PE
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETOR
DE SEGUROS LTDA
13/06/2019

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



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PROMOCIAO E ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITAL DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Atendimento

ANAMNESE

Paciente: **ANDRE VALDOMIRO DA SILVA**

Atendimento: 01246778

Nome Social:

Data Nascimento: 15/11/1986

Idade: 32 Anos, 6 Meses e 25 Dias

Prontuário: 00419683

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0148

Data e Hora: 09/06/2019 19:35h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE ~~QUEIXA DE MOTO RUA~~ COM DOR EM MSD

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC:

SUS

AFERICAÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistólica: PAS: 111 MMHG

P.A. Diastólica: PAD: 80 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

OPD/ROA:

DOR EM REGIÃO ACROMIO CLAVICULAR DIREITA APÓS TRAUMA

Exame Físico:

DEFORMIDADE EM REGIÃO DA LAC

Exames complementares:

RX

HD:

LAC

Conduta:

AO HRA

Evolução:

Anderson Ary Dias
[Assinatura]

Ass. do Médico

Dr(s): **ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA**

CRM - 21731

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

Al. José Rodrigues Torres, 175 - Boa Vista - Recife/PE - CEP: 51.060-010

Boa Vista - CEP: 51.060-010

RECIFE-PE



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**GESTÃO
IMIP**
HOSPITALAR

Atto-Declaratório

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Atendimento: 01246778

Nome Social:

Data Nascimento: 15/11/1986 Idade: 32 Anos, 6 Meses e 25 Dias

Prontuário: 00419663

Sexo: Masculino

História Atual:

DOR NO OMBRO DIREITO APÓS TRAUMA

Exame Físico:

Exames Complementares/Resultados:

RX

Hipóteses Diagnósticas:

LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR

Conduta:

TIPOIA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Data: 09 DE JUNHO DE 2019

Hora: 19:38

Autógrafo no próprio

Anderson Ary Dias
CRM 21731

Ass. e CRM do Médico

Dr(a): ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA
CRM - 21731

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

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

RECIFE-PE



BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA		SEXO: Masculino	NASCIMENTO: 15/11/1986	IDADE: 32 anos, 5 meses e 27 dias
NOME DA MÃE: AMARA REGINA DA SILVA		NOME DO PAI: VALDOMIRO MIGUEL DA SILVA	IDENTIDADE: 7817707	CPF: 074.672.574-10
TELEFONE: 8199469913		ENDEREÇO: AV SEVERINO PIMENTEL	Nº: 143	BAIRRO: CENTRO
CIDADE: AGRESTINA		UF: PE	CEP: 55495000	CELULAR: 0
CONVÊNIO: 31 PARTICULAR	MATRICULA:	VALIDADE CARTEIRA: 30/12/1899	SENHA:	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO-HSG
CRM/MEDICO: 012153 DANIEL SOARES	ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: EDILENEMARIA	
BLOCO: 4º ANDAR	ACOMODACAO: ENFERMARIA 407	LEITO: A	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: CARUARU
PROFISSÃO:				

Queixa Principal:

dores e limitação nos membros D.

História Clínica:

*paciente vítima de queda de
altura, apresentando dor e
limitação nos membros D.*

Exames:

AX

HD:

limpido H.

Condição: ☒ Curado ☒ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito ☐ _____

Data Alta: 12/06/19 Hora: 08:00

Médico Responsável: _____

x Valdomiro

Paciente ou Responsável

05.802.494/0001-41

Av. José Veríssimo, 752 - Caruaru - PE. Fones: 81-37277250 On - 8137277272 On - CNPJ: 22.721.288/0001-28

DE SEGUROS LTDA

13/06/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

EDILENEMARIA

*Dr. Daniel Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-12153*

**GRUPO SÃO GABRIEL LTDA**

Nome: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA
Prontuário: 38/16 Registro: 5899
Sexo: Masculino Idade: 32a 6m 27d
Localização: 4ANDA, ENF407, A
Clínica: Cirúrgica

Médico: Juliete Bezerra Da Silva
Convênio: PARTICULAR HSG
C.I.D.:
Entrada: 11/06/2019 às 07:23
Alta:

Evoluções do paciente

1

11/06/2019 às 07:53:29 - ADMISSÃO DE ENFERMAGEM
Localização: 4ANDA, ENF407, A
COREN: PE-340583 INES DE FATIMA LIMA CAVALCANTI

1 - Admissão de Enfermagem (Cirúrgica)

1.1 - Evolução

Paciente admitido neste setor hospitalar para realizar procedimento cirúrgico, CIEGR, consciente, orientado, hidratado, normocorado, acianótico, anictérico, deambulando, com acompanhante, sem exames, nega alergia, REFERE HAS, POREM NÃO FAZ TRATAMENTO, orientado quanto ao preparo do pré-operatório, aguardando encaminhamento para o bloco cirúrgico.

1.2 - Sinais vitais

Hora	P.Arterial	Pulso/FC	Temperatura	Sat.O2
07:45	130x80	105	36,4	98

11/06/2019 às 07:58:45 - EVOLUÇÃO P/ ENCAMINHAMENTO AO BLOCO CIRURGICO
Localização: 4ANDA, ENF407, A
COREN: PE-340583 INES DE FATIMA LIMA CAVALCANTI

1 - Evolução P/ Encaminhamento ao Bloco Cirúrgico

1.1 - Descrição:

Paciente encaminhado para o bloco cirúrgico, sem intercorrências.

Ines Cavalcanti
Fonseca
COREN: 340.583

COREN: PE-340583 INES DE FATIMA LIMA CAVALCANTI

FICHA DE ANESTESIA

HORA: _____

CATEGORIA

PACIENTE

NOME:

ANDRÉ VALADIMIRO DA SILVA

DATA:

11/06/19

REG:

SEXO:

M

COR:

IDADE:

32

PESO:

ALT:

HOSPITAL:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

PRÉ-OPERATÓRIO

HEMÁCIAS

HCTQ

HB

LEUCÓCITOS

P.A.

F.C.

TEMP.

RESPIRAÇÃO

ASA

GRUPO SANG

TC

TS

PROTOMBINA

ANESTESIA PORPOSTA

2 BLOQUEIO DE NEXO BRONQUIAL,
INTERCOSTAL T6, COM DOUGLASS 0,5%
+ LIDOCAÍNA 1% 40ml e GUANIDINA.

GLICOSE

URÉIA

CREATININA

PROTEÍNAS

NA

K

CL

RESERVA ACL

ALERGIA:

ANEST. ANTERIOR:

PRÉ-ANESTÉSICO:

OP. PROPOSTA

HO CIR DE LAC

OP. REALIZADA:

ECG:

HORA

O₂SpO₂

Gases

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

ANOTAÇÕES

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MAR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

AGENTES

CONC.

QUANTIDADE

TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO₂

Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda

Intubação

Posição

Local Punção

Liq. Rat.

Téc. Inj.

Pos. Pós

Pos. Pós

Aparelho

Cond. Final

Resultado

Reflexo

Duração da Op.

Duração da Anest.

Monitorização

Teste Aldrete e Koulik

MOV.

CONS

COR

CIRC

RESP

S.R

+ DANIEL

GOMES

Médico Cirurgião

Médico Anestesiologista

RELATÓRIO CIRÚRGICO



PACIENTE:	Audi Valdomiro de Souza	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	luxação ml.	
OPERAÇÃO PROPOSTA:	Tm. cirurgia	
OPERAÇÃO REALIZADA:	o. reparo.	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	o. reparo.	
DATA:	11/05/19	INÍCIO:
		TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:	José	1º AUXILIAR:	José
2º AUXILIAR:		3º AUXILIAR:	
ANESTESISTA:	Vagner	TIPO DE ANESTESIA:	bloqueio
INSTRUMENTADOR(A):		POSIÇÃO DO PACIENTE:	

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:	SOLUTO FISIOLÓGICO:	RINGER LACTATO:
ANTIBIÓTICOS:		

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:	CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:	CONC. PLAQUETAS:
PLASMA FRESCO:	ALBUMINA HUMANA:	HAEMACEL OU SIMILAR:

- | | | |
|----------------------|---|--------------------------------|
| 1 - PREPARO DO CAMPO | 4 - TÉCNICA E TÁTICA | 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES |
| 2 - VIA DE ACESSO | 5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA) | 8 - GRÁFICO DA CIRURGIA |
| 3 - ORGÃOS E LESÕES | 6 - DRENO E SONDA (PENROSE, KERH, ETC.) | 9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL |

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1	Sanar a lesão de Audi
2	Amputar a lesão
3	Amputar a lesão
4	Amputar a lesão
5	Amputar a lesão
6	Amputar a lesão
7	Amputar a lesão
8	Amputar a lesão
9	Amputar a lesão

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13-100-2019

Dr. Danilo Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12153

Rua da Aurora, Nº 175, SL 302 BL. C
Boa Vista - CEP: 59.060-010
RECIFE-PE



DR. DANIEL SOARES

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM 12153

Caro Hilário,

deixei, por, André

Valbina de Alva, retire

de cartão de identificação

para apresentar para

ação de laudo, assim

seu e eu

02/07/19

*Dr. Daniel Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12153*

CARUARU

Centro Médico do Agrado
Rua Artur Antônio da Silva, s/n
Bairro Universitário - Caruaru - PE
Fone: (81) 3719-3412

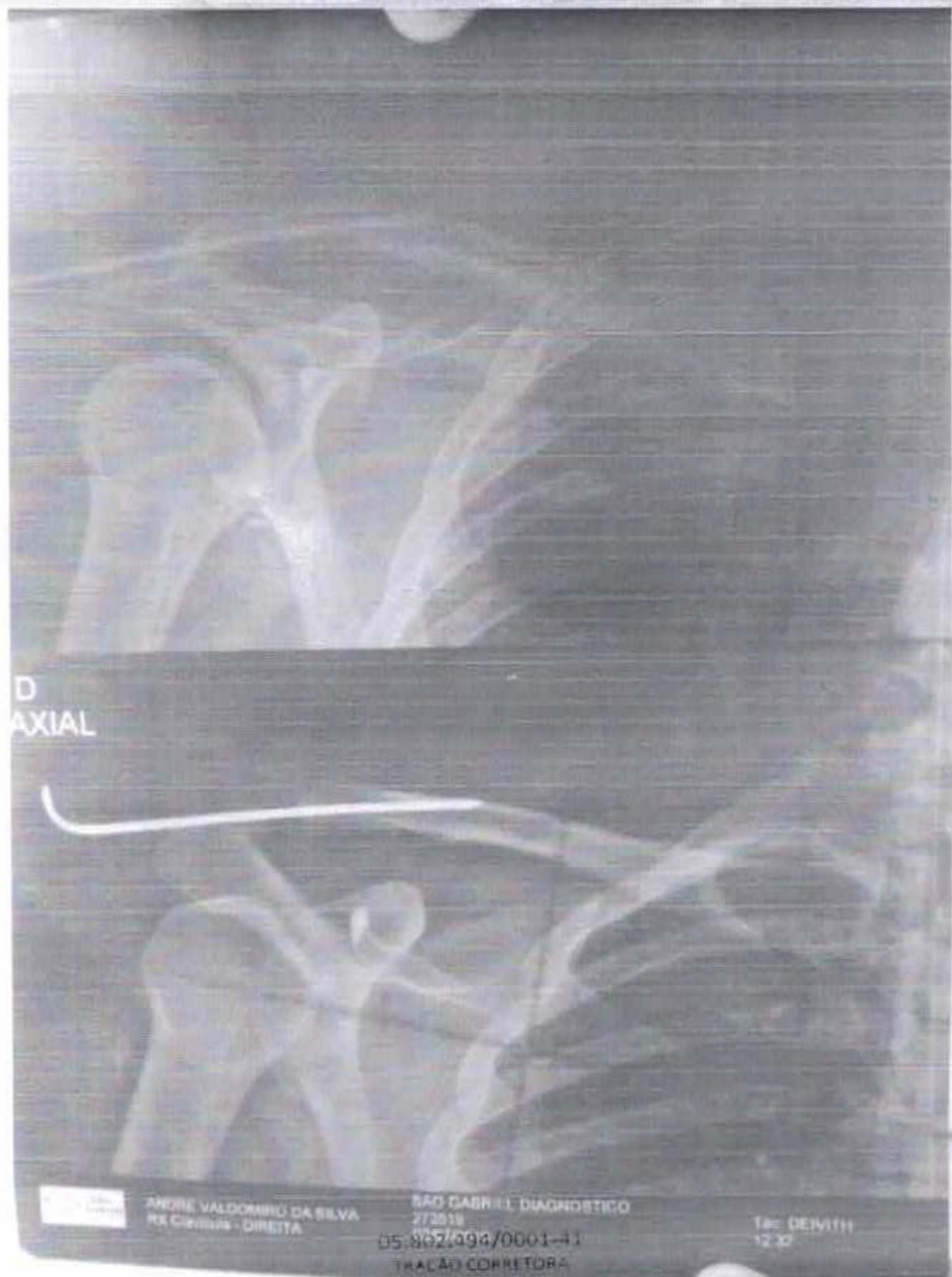
SELO JARDIM

Rua Coronel Antônio Marinho, 36
Bairro Boa Vista - Selo Jardim - PE
Fone: (81) 3726-4950

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 AGO 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-BL. C
Boa Vista - CEP: 56.060-010
RECIFE-PE



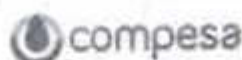
13 AGO 2019

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





54.695.839-4 09/SET/2010
JOSILENE FERREIRA MACEDO
JOSE FERREIRA DE LIMA
S LINDALVA PEREIRA FERREIRA
CARUARU - PE 16/JAN/1971
CARUARU - PE
CC: TV. 8027/FLS. 0078/M. 010477
54097487434 PIS 12419211997



CNPJ 09.709.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - 10.M. - 08152 - MAURICIO DE NASS
AV CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 105257672 Nda/2019
JOSILENE FERREIRA MACEDO
R ANTENOR NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS CARUARU PE 55032-210
INSCRIÇÃO: 041. 871. 128. 0200. 0000 GRUPO: 16 DER. AUTOMÁTICO: 105257672
SITUAÇÃO ÁGUA SITUAÇÃO ESGOTO RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
LIGADO PASSIVEL 1
HIDRÔMETRO DATA LEIT. ANTERIOR DATA LEIT. ATUAL TIPO DE CONSUMO (A/R)
A138033778 11/05/2019 11/06/2019 MEDIA HO

ÁGUA:
LEIT ANT: 300 CONSUMO: 5
LEIT ATU: TAXA MINIMA
LEIT FAT: 330

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. N.º 2.014/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
04/2019 05			
05/2019 04	TURBIDEZ 166	169	146
02/2019 06	COR APARENTE 166	169	87
01/2019 08	COLOR RESIDUAL 166	169	169
12/2018 06	COLIF. TOTAIS 166	169	164
11/2018 04	E. COLI 166	169	169

MEDIA: 05
Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5 M3	41,30
CONSUMO DE ÁGUA		

INDICADOR	VALOR DO INDICADOR	PRECATORIO (R\$)	RECEBIMENTO
MS CONSUMO	41,30	1,85	0,62
	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 25/06/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

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

NOTES

Cell number

100

A. J. VAN DER WOUDE

7470112	NOV 26 1974
---------	-------------

2167584-63973838 777 4444444

91.773.57.206.0001/

YEAR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

[illegible]

姓名	性别	年龄	职业	住址	联系电话	备注
王德胜	男	45	教师	XX市XX区XX路XX号	138XXXXXXX	
李小红	女	32	护士	XX市XX区XX路XX号	139XXXXXXX	
张小明	男	28	程序员	XX市XX区XX路XX号	137XXXXXXX	
赵大伟	男	55	工程师	XX市XX区XX路XX号	136XXXXXXX	
陈丽娟	女	40	医生	XX市XX区XX路XX号	135XXXXXXX	
刘国强	男	38	经理	XX市XX区XX路XX号	134XXXXXXX	
孙秀英	女	50	会计	XX市XX区XX路XX号	133XXXXXXX	
周志远	男	42	教授	XX市XX区XX路XX号	132XXXXXXX	
吴小芳	女	35	设计师	XX市XX区XX路XX号	131XXXXXXX	
郑大刚	男	52	工人	XX市XX区XX路XX号	130XXXXXXX	
冯娟娟	女	30	销售	XX市XX区XX路XX号	129XXXXXXX	
马志强	男	48	律师	XX市XX区XX路XX号	128XXXXXXX	
徐小梅	女	33	文员	XX市XX区XX路XX号	127XXXXXXX	
黄大伟	男	58	农民	XX市XX区XX路XX号	126XXXXXXX	
曹丽娟	女	43	教师	XX市XX区XX路XX号	125XXXXXXX	
周志远	男	37	工程师	XX市XX区XX路XX号	124XXXXXXX	
吴小芳	女	53	医生	XX市XX区XX路XX号	123XXXXXXX	
郑大刚	男	31	程序员	XX市XX区XX路XX号	122XXXXXXX	
冯娟娟	女	46	经理	XX市XX区XX路XX号	121XXXXXXX	
马志强	男	29	会计	XX市XX区XX路XX号	120XXXXXXX	
徐小梅	女	54	教授	XX市XX区XX路XX号	119XXXXXXX	
黄大伟	男	34	设计师	XX市XX区XX路XX号	118XXXXXXX	
曹丽娟	女	49	工人	XX市XX区XX路XX号	117XXXXXXX	
周志远	男	39	销售	XX市XX区XX路XX号	116XXXXXXX	
吴小芳	女	56	律师	XX市XX区XX路XX号	115XXXXXXX	
郑大刚	男	36	文员	XX市XX区XX路XX号	114XXXXXXX	
冯娟娟	女	41	农民	XX市XX区XX路XX号	113XXXXXXX	
马志强	男	51	教师	XX市XX区XX路XX号	112XXXXXXX	
徐小梅	女	32	工程师	XX市XX区XX路XX号	111XXXXXXX	
黄大伟	男	57	医生	XX市XX区XX路XX号	110XXXXXXX	
曹丽娟	女	37	程序员	XX市XX区XX路XX号	109XXXXXXX	
周志远	男	47	经理	XX市XX区XX路XX号	108XXXXXXX	
吴小芳	女	28	会计	XX市XX区XX路XX号	107XXXXXXX	
郑大刚	男	59	教授	XX市XX区XX路XX号	106XXXXXXX	
冯娟娟	女	35	设计师	XX市XX区XX路XX号	105XXXXXXX	
马志强	男	50	工人	XX市XX区XX路XX号	104XXXXXXX	
徐小梅	女	40	销售	XX市XX区XX路XX号	103XXXXXXX	
黄大伟	男	30	律师	XX市XX区XX路XX号	102XXXXXXX	
曹丽娟	女	55	文员	XX市XX区XX路XX号	101XXXXXXX	
周志远	男	33	农民	XX市XX区XX路XX号	100XXXXXXX	
吴小芳	女	44	教师	XX市XX区XX路XX号	99XXXXXXX	
郑大刚	男	52	工程师	XX市XX区XX路XX号	98XXXXXXX	
冯娟娟	女	31	医生	XX市XX区XX路XX号	97XXXXXXX	
马志强	男	46	程序员	XX市XX区XX路XX号	96XXXXXXX	
徐小梅	女	29	经理	XX市XX区XX路XX号	95XXXXXXX	
黄大伟	男	54	会计	XX市XX区XX路XX号	94XXXXXXX	
曹丽娟	女	34	教授	XX市XX区XX路XX号	93XXXXXXX	
周志远	男	49	设计师	XX市XX区XX路XX号	92XXXXXXX	
吴小芳	女	39	工人	XX市XX区XX路XX号	91XXXXXXX	
郑大刚	男	56	销售	XX市XX区XX路XX号	90XXXXXXX	
冯娟娟	女	36	律师	XX市XX区XX路XX号	89XXXXXXX	
马志强	男	41	文员	XX市XX区XX路XX号	88XXXXXXX	
徐小梅	女	51	农民	XX市XX区XX路XX号	87XXXXXXX	
黄大伟	男	32	教师	XX市XX区XX路XX号	86XXXXXXX	
曹丽娟	女	47	工程师	XX市XX区XX路XX号	85XXXXXXX	
周志远	男	28	医生	XX市XX区XX路XX号	84XXXXXXX	
吴小芳	女	53	程序员	XX市XX区XX路XX号	83XXXXXXX	
郑大刚	男	37	经理	XX市XX区XX路XX号	82XXXXXXX	
冯娟娟	女	46	会计	XX市XX区XX路XX号	81XXXXXXX	
马志强	男	30	教授	XX市XX区XX		

[illegible][illegible][illegible]

Neapel, 1810, in der Folge

Figure 1

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

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190476777 **Cidade:** Agrestina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) VÍTIMA EM TRATAMENTO. (P2 P3 P7 P10)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190476777 **Cidade:** Agrestina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) VÍTIMA EM TRATAMENTO. (P2 P3 P7 P10)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476777

Vítima: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476777

Vítima: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14719805



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ADL: 3 - CPF da vítima: 074.872.574.10 4 - Nome completo da vítima: Andre valdomiro da Silva

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

5 - Nome completo: Andre valdomiro da Silva. 6 - CPF: 074.872.574.10
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Santa Clara 9 - Número: 163 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Agrestina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55495-000
15 - E-mail: macedojs43@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (91) 99907-3180

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Brasil (001)
AGÊNCIA: 0396 CONTA: 32.366 5

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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, (eu ou minha representante) 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 (assinale 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.

Foi 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 3.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 34 - Data do óbito da vítima:
25 - Gou de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Falecidos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros (se herdeiros)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Falecidos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a(s) beneficiário(s) 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.

35

Assinatura da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Agrestina, 30/08/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

26/05/2019 - BANCO DO BRASIL - 13:18:24
010612339 W277

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE PARA POUpanÇA

CLIENTE: ANDRÉ VALDOMIRO DA SILVA
AGÊNCIA: 0190-1 CONTA: 12.106-5

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/05/2019
NR. DOCUMENTO: 14.012.000.010,00

FAVORECIDO:
CLIENTE: ADILJAINE MARIA LIMA SILVA
AGÊNCIA: 4012-0 CONTA: 10.990-7 VAL: 51

VALOR TOTAL: 13.700,00

NR. AUTENTICAÇÃO: 1.203.2F4.EBE.019.A6E

Creditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.783.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 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
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90
CIRCUNSCRICAO CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2106000386

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/08/2019 às 09:37

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 9/8/2019 às 18:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 1, SÍTIO RIACHO DO PEIXE - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE)
VALMIR VALDOMIRO DA SILVA (OUTRO)
ANDRE VALDOMIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANDRE VALDOMIRO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AMARA REGINA DA SILVA Pai: VALDOMIRO MIGUEL DA SILVA Data de Nascimento: 16/11/1988 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7817707/SS/PE (RG), 07487227418 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 08198400012

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 1, RUA SANTA CLARA, 101, PERTO DA IGREJA BATISTA. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL

VALMIR VALDOMIRO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AMARA REGINA DA SILVA Pai: VALDOMIRO MIGUEL DA SILVA Data de Nascimento: 22/4/1979 Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 992945/SS/PE (RG), 63890000400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 31990024000

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 1, QUEIMADA DO PEREIRA, ZONA RURAL DE AGRESTINA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA 10/08/2019 09:26

13 JUN 2019

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

AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): VALNIR VALDOMIRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANDRE VALDOMIRO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CS 150 FAN ESII Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: DFTV124 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 452852922 Chassi: 9CZMK01674CR021474
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLICIA CIVIL NESTE HOSPITAL A PESSOA DA VITIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA QUANDO ESTAVA FAZENDO O CAMINHO ENTRE O SÍTIO RICO DO PEIXE PARA A CIDADE DE AGRESTINA ONDE RESIDE E AO FAZER UMA CURVA PARA O LADO DIREITO VIU UM AUTOMÓVEL EM DIREÇÃO CONTRÁRIO E ESTE EM ALTA VELOCIDADE ENTÃO A VITIMA COM RECEIO DE OCORREU UMA COLISÃO COM O VEICULO PERTO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E FOI AO SOLO NA REFERIDA CURVA E COM A QUEDA PERTO OS SENTIDOS OU SEJA DESMAIOU E SO QUANDO ESTAVA NA UPA 24 HORAS DA CIDADE DE CARUARU RECUPEROU OS SENTIDOS E SENTIU DORES NO OMBRO DIREITO E POR ISSO FOI INFORMADO QUE SERIA TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR, PARA CONSTAR APRESENTA COPIA DA ENTRA NAS DUAS UNIDADES 91246778 E 99419523 SÃO OS NUMEROS DE ATENDIMENTOS E PRONTUARIO DA UPA O ESTE RECEBEU OS NUMEROS 619278 E 349994, ONDE FICOU DURANTE TODA NOITE E APOS SER MEDICADO ASSINOU UM TERMO DE RESPONSABILIDADE E FOI PARA UM HOSPITAL PARTICULAR ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO.

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

Andre Valdomiro da Silva
ANDRE VALDOMIRO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES - Matrícula: 351994-8



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

10/08/2019 09:26

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



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITAL

110 - Departamento

ANAMNESE

Paciente: ANDRE VALDOMIRO DA SILVA

Atendimento: 01246778

Nome Social:

Data Nascimento: 15/11/1986

Idade: 32 Anos, 6 Meses e 25 Dias

Prontuário: 00419663

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0148

Data e Hora: 09/08/2019 18:36h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE REFERE ~~QUEIXA DE MOTO HOLE~~ COM DOR EM MSD

Alergia:

Observação: DESCONHECE ALERGIA

NEGA DM + HAS

DOC:

SUS

AFERICAÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistólica: PAS: 111 MMHG

P.A. Diastólica: PAD: 80 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

OPD / RDA:

DOR EM REGIÃO ACROMIO CLAVICULAR DIREITA APÓS TRAUMA

Exame Físico:

DEFORMIDADE EM REGIÃO DA LAC

Exames complementares:

RX

HD:

LAC

Conduta:

AO HRA

Evolução:

Anderson Ary D. Silva
CRM - 21731

Ass. do Médico

Dr(a): ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA

CRM - 21731

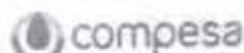
05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

Av. José de Almeida Torres, 175 - 5º andar - Boa Vista - Recife - PE
Recife - Indaial - PE - CEP: 51.060-010

RECIFE-PE



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 12.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA 11 DE SETEMBRO - RUM - 08051 - AS MARGENS
DA BR 104 - CENTRO AGRESTINA PE 55495-000

DADOS DO CLIENTE		MATELLA: 107671840 001/2019	
ANDRÉ VALDONIRO DA SILVA			
R STA CLARA, N. 00103 - CENTRO AGRESTINA PE 55495-000			
INSCRIÇÃO: 001.519.182.0001.848 GRUPO: 11 DES. AUTOMÁTICO: 107671840			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO EBOOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A160113521	DATA LBT ANTERIOR 06/05/2019	DATA LBT ATUAL 05/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA 90

ÁGUA:
LEIT ANT: 264 CONSUMO 18
LEIT ATU: TAXA MINIMA
LEIT FAT: 274

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

04/2019 08
03/2019 06
02/2019 04
01/2019 09
12/2018 05
11/2018 09
MÉDIA: 08

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.916/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIDA A LEGIS.
TURBIDEZ	38	38	38
COR APARENTE	38	38	38
CLORO RESIDUAL	38	38	38
COLIF. TOTAIS	38	38	38
E. COLI	38	38	38

Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Obs.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 100% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) 50% PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) 50% PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019		0,82
JUROS DE MORA 02/2019		0,18

TAXA	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
FE	41,30	1,45	0,68
CONSUMO	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 30/06/2019

TOTAL A PAGAR: 42,30

MENSAGEM:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

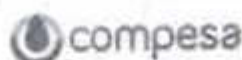
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



54.695.839-4 09/SET/2010
JOSILENE FERREIRA MACEDO
JOSE FERREIRA DE LIMA
S LINDALVA PEREIRA FERREIRA
CARUARU - PE 16/JAN/1971
CARUARU - PE
CC: TV. 8027/FLS. 0078/M. 010477
54097487434 PIS 12419211997



CNPJ 09.709.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - 10.M. - 08152 - MAURICIO DE NASS
AV CARUARU/ PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 105257672 Nda/2019
JOSILENE FERREIRA MACEDO
R ANTENOR NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS CARUARU/ PE 55032-210
INSCRIÇÃO: 041. 871. 128. 0200. 0000 GRUPO: 16 DER. AUTOMÁTICO: 105257672

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	PACTIVEL	1			
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/R)		
A138033778	11/05/2019	11/06/2019	MÉDIA HO		

ÁGUA:
LEIT ANT: 300 CONSUMO: 5
LEIT ATU: TAXA MÍNIMA
LEIT FAT: 310

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG. PORT. Nº 2.014/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS	
04/2019 05				
05/2019 04	TURBIDEZ	100	100	140
02/2019 06	COR APARENTE	100	100	87
01/2019 08	CLORO RESIDUAL	100	100	100
12/2018 06	COLIF. TOTAIS	100	100	104
11/2018 04	E. COLI	100	100	100

MÉDIA: 05
Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	5 M3	41,30
CONSUMO DE ÁGUA		

INDICADOR	VALOR DO INDICADOR	PRECATORIO (R\$)	DEBITO (R\$)
MS CONSUMO	41,30	1,05	0,62
	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 25/06/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2019

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