

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 Jurônimo Manoel da Silva, portador(a) do RG nº 5.293.486, expedido por SDS / PG, em 18/07/2009, CPF/CNPJ nº 366.635.798-86, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Valéria Manoel da Silva do sinistro de DPVAT da natureza 1 - Individ, da vítima Valéria Manoel da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor - A Renda Mensal: R\$ Revisor - A

Documentos comprobatórios: Revisor - A 05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Jurônimo Manoel da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

04 JAN. 2017

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



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a ficha de Fernanda

Nº 322.949 do(a) Paciente: Valéria monica da Silva

Documentação de identificação nº 8677.938. Org. Exp SBD S.

Data de exp 13/03/2008 Nascido em 26/07/1993 Filho(a) de
Monica Pinho da Silva e Jesson Correia da Silva

Onde conta que o (a) é agricultor(a) é verídico e encontra-se à disposição do INSS para diligência.

Obs: Por erro pessoal Valéria monica da Silva
Data de nascimento 26 de julho 1993

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

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

São Joaquim do monte, 18/08/16

Jairine G. da. Silva Júnior - Jalme G. Júnior
- Diretor Administrativo



PREFEITURA DE
SÃO JOAQUIM DO MONTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 13/07/16 Hora 22:25 Registro 322.949
Nome Veltor Nancel da Silva
Data de Nascimento 21.07.93 Idade 24 anos Sexo M
Endereço/ Procedência Silva - Pacas C.
Naturalidade _____ Profissão Agricultor Cor Parda
Responsável O mesmo Identidade _____

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Quelxa Principal Vitrine da Greda do alto

Dados Clínicos Relato paciente Silveira

Hipótese Diagnóstica - Procura de prazeres?

Exames Solicitados

Tratamento Proposto Thalidomide 100 mg/dia - Cx.

Exames Físico Dor d'orelha Reflexos

Для суперкомпьютеров

Evolução / Prescrição - 2021-104/0001-41

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

DESEGURIDAD 2012

04 JAN 2017

Diagnóstico Inicial Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 59.060-000

Diagnóstico Definitivo RECIFE-PE

DESTINO DO PACIENTE

Internado p/ observação Liberado p/ Recidência ou hospital

Liberado p/ Residência com medicação aplicada

Transferência p/ residência ex- medicação prescrita Transferência p/ outra cidade

Óbito *193*

Transferido para _____

Avenida Estácio Coimbra Nº 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3763-1118

São Joaquim do Monte - CEP: 58030-000 Fone/Fax: 3733-1118

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43

Avenida Estácio Coimbra N° 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPE/24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITAL

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: VALERIO MANOEL DA SILVA

Atendimento: 00880894

Data Nascimento: 26/07/1991 Idade: 24 Anos, 11 Meses e 18 Dias

Prontuário: 00380217

Sexo: Masculino

História Atual:

TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO

Exame Físico:

GOR

Exames Complementares/Resultados:

VER RX

Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA TORNOZELO ES

Conduta:

TALA ORIENTAÇÃO

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM NÃO

Transferido / Encaminhado para:

43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

A TRAUMATOLOGIA

4002.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua Aurora, nº 175, SL 902 BLC
Bela Vista - CEP: 50.080-010

RECIFE-PE

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): NILTON PEREIRA DE BARROS
CRM - 10660

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: VALERIO MANOEL DA SILVA Atendimento: 243244 Prontuário: 278665
Data Nasc.: 26/07/1991 Idade: 24 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religiao:
CPF: 43500342850 RG: 8677938 CNS: 702905536986476
Endereço: SITIO PACAS Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAO JOAQUIM DO MONTE Estado: PE
CEP: 56670000 Fone: 998028291 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: JOSIRENE CORDEIRO DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 14/07/2016 12:14 Médico: MEDICO PLANTONISTA
Queixa Principal / HDA:

Paciente com histórico de queda de moto, com dor sobre no T12 erg. + dor não erg

Exame Físico:

Rx da mão/punho sem alteração FC: _____ FR: _____

Rx do T12 com fratura de maléolo saliente/maléolo?

Diag. Provisória:

Fr t12 erg.

Prescrição:

Dleta: _____

Data:

Horário

Retirar tala e colocar gesso - Lata

1 JUL 2016

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN 2017

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

RECIFE-PE

AMBULATÓRIO: 314-4884

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Valerio Henocel Sibe

Prontuário: 278665

Data: 14/07/2016 Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fr. inolito lateral (Welcer B) art. fechado

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Em 30 dias

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

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

TRATAMENTO REALIZADO:

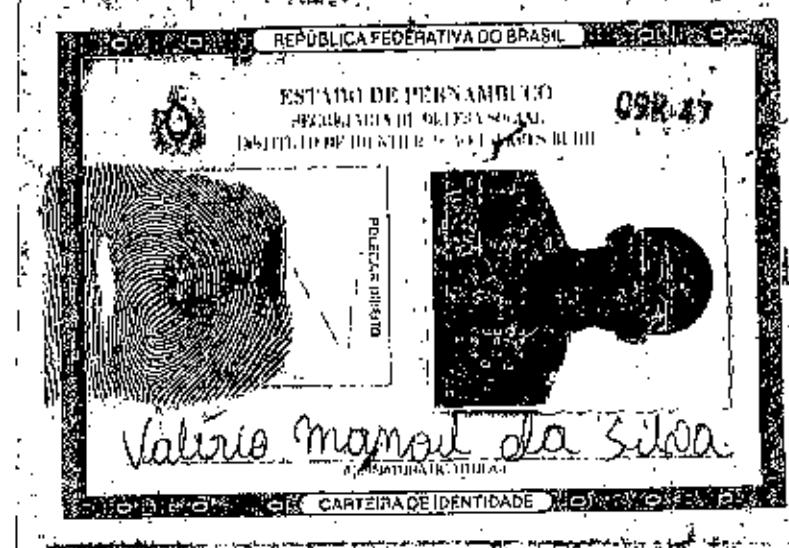
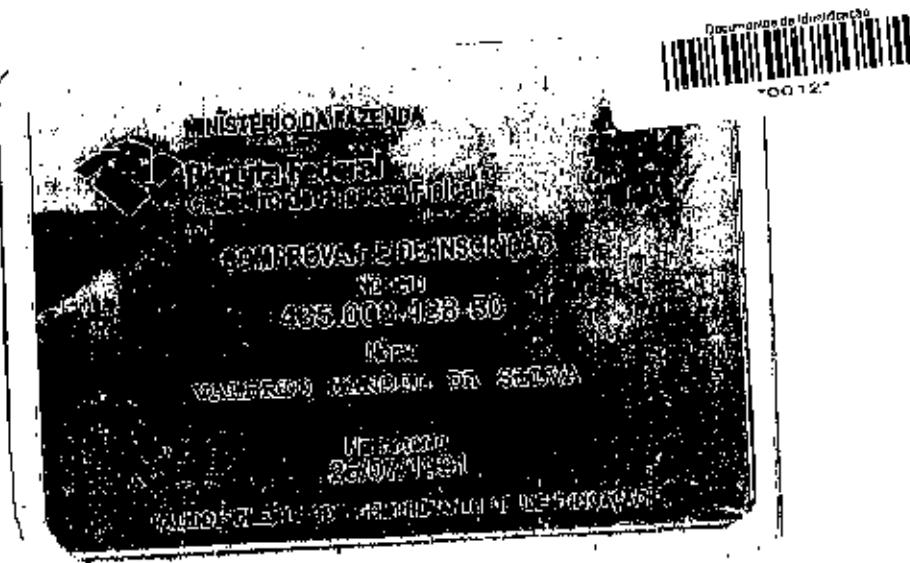
Gesso Bata

05-10-16

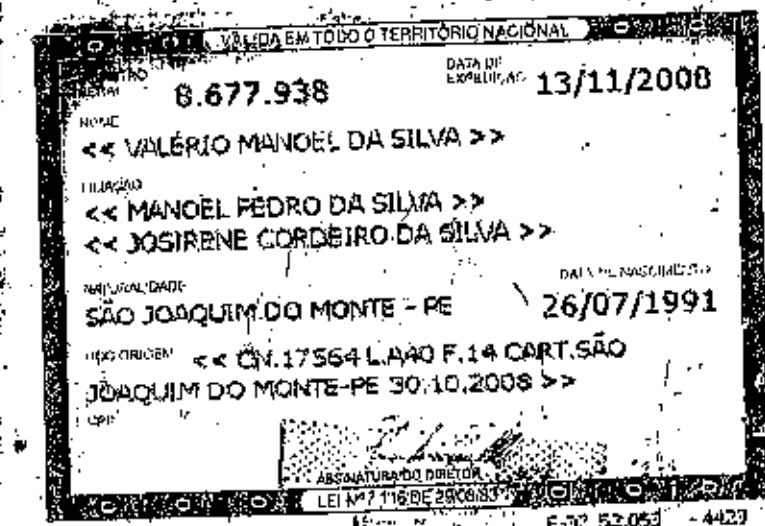
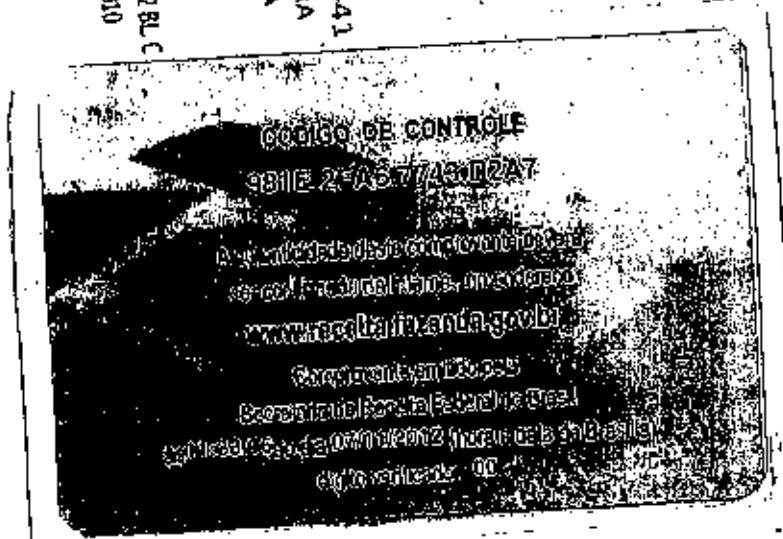
Miltan Carneiro
9630-

Alta Hospitalar: Data: / / Hora:

JUL 2016
Ass. do Médico e CRM



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
04 JAN. 2007
RUA DA AURORA, Nº 175, SL. 902 BL.
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



ESTADO DE PERNAMBUCO

1º CRITÉRIO DE INSCRIÇÃO
1º CRITÉRIO DE INSCRIÇÃO DO TÁXI'S BURIL

JERÔNIMO MANOEL DA SILVA

CARTERA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
266.635.798-86Nome
JERONIMO MANOEL DA SILVANascimento
08/03/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

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

5.283.486

VALIDADE

16.07.2017**JERONIMO MANOEL DA SILVA**Nome
Manoel Rosendo da Silva
Cunhado Camila da SilvaEndereço
São Joaquim do Monte-PE 08.03.1077
Bairro/Cidade C.C.731-E.95-L.8-15-Cart.400
Joaquim do Monte-PE

LEI N.º 7.218 DE 20/02/1984



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DITRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. RENAVAM	NRHIC	EXERCÍCIO
1522385946	*****	2016
NOME		
VALÉRIO MÁNOEL DA SILVA		
CARUARU - PE		
VEÍCULO	PLACA	
465.003-426-50	RHE7644	
PLACA ANT/UE	CHASSI	
*****	9C2KD04109R01030	
ESPECIE	COMBUSTÍVEL	
PÁS MOTOCICLETA	gasolina	
MARCA/MODELO	ANO FAB.	
HONDA/NXR150 Bros ESD	2008-2009	
CAP/ROT/CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
60/143CL	PARTIC	VERMELHA
VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS
1/03/2016 QUITADO	1/*****	1/*****
VENCIMENTO	PARCELAGEM/COTAS	
A	*****	2/*****
	*****	3/*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURU FE		
OBSERVAÇÕES		
SEM RESERVA		
Assinatura		DATA
Charles Andrew Souza Ribeiro		20/06/16
Diretor DIRETOR DITRAN/PE		

ESTE DOCUMENTO DE PAGO PESSOALMENTE, CAUSADOS POR NEGLIGÊNCIA, COMPLAÇÕES DE VIDA, CONFLITOS, PENSAMENTOS, PENSAMENTOS, APRESSAS TRANSAÇÕES, TADAS OU NAO, PERTENCE AO DPVAT.

PE Nº 012238461614 BILHETE DE SEGURO DPVAT
VALÉRIO MÁNOEL DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES

www.dpvatseguro.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1294

— EXERCÍCIO — DATA EMISSÃO —
2016 20/06/16

MA CPF / CNPJ 378.963.426-50 RHE7644

RENAVAM 1522385946 MARCA / MODELO HONDA / NXR150 Bros ESD

ANO FAB. 08/09 CHASSI 9C2KD04109R01030

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) FORMA DE PAGAMENTO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.000/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESENHO DE GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELA NÃO É UM PORTFOLIO DE INVESTIMENTO.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN, 2017

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170022485 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 13/07/2016 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tornozelo esquerdo submetido a tratamento conservador de imobilização com tala gessada

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **VALERIO MANOEL DA SILVA** Sinistro: **3170022485** Data: **13/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SI PACAS, 540, VILA PACAS - SANTO ANTONIO - Camocim de São Félix - PE - CEP 55665-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** /PE] **5283486**

Data local do exame: [**24/03/2017**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do terço distal da fibula esquerda. Vítima queixa-se de dor no tornozelo esquerdo. Ao exame apresenta marcha claudicante, edema local (+/+4) e redução da flexão dorsal à 15°, flexão plantar à 35°, abdução à 5° e adução à 35° do tornozelo esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Quadro submetido a tratamento conservador.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

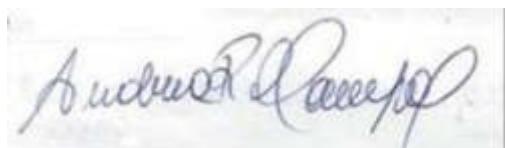
% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170022485

Cidade: São Joaquim do Monte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA

Data do acidente: 13/07/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do terço distal da fíbula esquerda.

Descrição do exame Vítima queixa-se de dor no tornozelo esquerdo. Ao exame apresenta marcha claudicante, edema local (+/+4) e
médico pericial: redução da flexão dorsal à 15°, flexão plantar à 35°, abdução à 5° e adução à 35° do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10333242

A/C: VALERIO MANOEL DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170022485 ASL-0004009/17

Vitima: VALERIO MANOEL DA SILVA

Data Acidente: 13/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JERONIMO MANOEL DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **13/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10335411

A/C: VALERIO MANOEL DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170022485 ASL-0004009/17

Vitima: VALERIO MANOEL DA SILVA

Data Acidente: 13/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JERONIMO MANOEL DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2017

Carta nº: 10677559

A/C: VALERIO MANOEL DA SILVA

Sinistro: 3170022485 ASL-0004009/17
Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA
Data Acidente: 13/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JERONIMO MANOEL DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta n°: 10778364

A/C: VALERIO MANOEL DA SILVA

Sinistro: 3170022485 ASL-0004009/17
Vitima: VALERIO MANOEL DA SILVA
Data Acidente: 13/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JERONIMO MANOEL DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALERIO MANOEL DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004635

Conta: 00000854-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

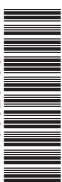
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Valéria Manoel da Silva, EXPEDIDO POR SADS/PE, EM 13/11/2009
PORTADOR(A) DO RG Nº 8.677.938 / CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO Recepcionista
CPF 93500308018-50 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valéria Manoel da Silva. 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 apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, MEI (Microempreendedor Individual);
- 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira (máximo) de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloakeada, 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 ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

04 JAN. 2017

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 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 9635 N° da CONTA (com dígito, se existir) 854-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 9635 N° da CONTA (com dígito, se existir) 854-6

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.

Caracatu, 28 de Dezembro de 2016
LOCAL E DATA

X Valéria Manoel da Silva
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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

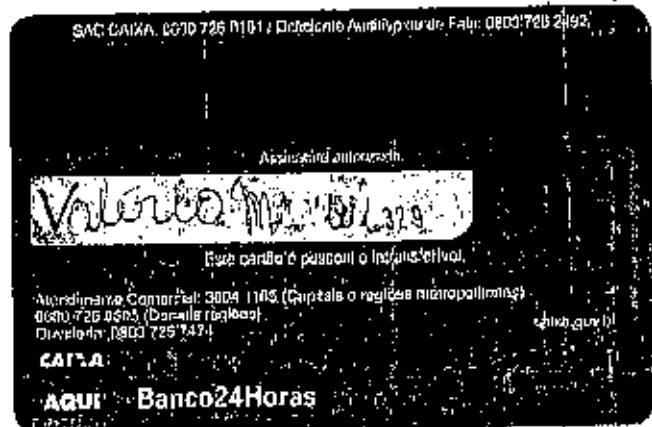


J5.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL C
Boa Vista - CEP: 50060-010
RECIFE-PE



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Valterio Manoel da Silva

POR TADOR(A) DO RG Nº 8.677.938 EXPEDIDO POR _____ EM _____

CPF 435.000.342-850 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Revisor - SL

É RENDA MENSAL DE R\$ Revisor - SL NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valterio Manoel da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRÉSTADAS.

(*) 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: 03.802.494/0001-41

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

09 MAR 2017

Rua da Aurora, Nº 175, São Paulo - SP - CEP 01000-000

Baixa - CEP 01000-010

RECEIPE-PE

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4635 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 859-6

DECLARO QUÉ 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 SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Brasília 21 de Fevereiro de 2016 Valterio Manoel da Silva
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 legitimó/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.



AUTO-ATENDIMENTO - Ag Bezerrós
DATA: 24/01/2017

TERMINAL: 21921572 HORA: 14:57:08
CONTROLE: 219215720221

AGÊNCIA: 4635 - CASTELO BRANCO
CONTA: 813.00000854-6
CLIENTE: VALERIO MANUEL DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 MAR. 2017

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-070
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ºCIRC DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0187000639**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/11/2016 às 15:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 13/7/2016 no periodo da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 01, AVENIDA AMARO CABRAL DOS SANTOS, BAIRRO DO AREAL** - Bairro: **CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **MERCADINHO DO VAVA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTTORIA (AUTOR / AGENTE)
VALERIO MANOEL DA SILVA (VITIMA)

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 Bl. C
Soa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

VALERIO MANOEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **JOSIMERE CARDEIRO DA SILVA** Pai: **MANOEL PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **26/7/1991** Naturalidade: **SAO JOAQUIM DO MONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8677938/SDS/PE (RG)**, **43500342850 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 540, VILA PACAS / SANTO ANTONIO - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTTORIA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALERIO MANOEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALERIO MANOEL DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 Bros** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHF7644** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **152285946** Chassi: **9C2KD04109R010069**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PELA AVENIDA ACIMA DESCrita VINDO DO CENTRO DA CIDADE COM DESTINO A SUA RESIDÊNCIA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO MERCADINHO DE VÁVA, A VITIMA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA, BATEU EM UMA PAREDE DE UMA CASA E CAIU AO CHÃO, ALEGA A VITIMA TER SIDO SOCORRIDO POR POPULARES E QUE FOI LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, LOCAL ESTE ONDE FOIU ATENDIDO, MEDICADO E EM SEGUIDA LIBERADO COMO CONSTA NA FICHA COM REGISTRO DE N° 322.949, QUE NO DIA SEGUINTE A VITIMA NÃO SE SENTINDO MELHOR, PROCUROU ATENDIMENTO NA UPA ESTADUAL CONFORME CPNSTA NO PRONTUÁRIO DE N° 00380217 REGISTRADO NO ATENDIMENTO DE N° 00880894 DA REFERIDA UNIDADE MEDICA, E PRONTUARIO DE N° 278665 DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, NADA MAIS A DECLARAR.

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

Valério Manoel da Silva
VALÉRIO MANOEL DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: 1581678

[Signature]



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Valério Manoel da Silva, portador da carteira de identidade nº 8.677.938 e inscrito no CPF/MF sob o nº 435.003.428-50, residente e domiciliado na 51 Picos - 540, Cidade Camocim de São Félix, Estado Pernambuco, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Valério Manoel da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

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

Camocim de São Félix, 28/12/2016

Local e data



PREFEITURA DE
SÃO JOAQUIM DO MONTE
NOVO RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 13/07/16 Hora 22:25 Registro 322:949

Nome Valter Nancel da Silva

Data de Nascimento 27.07.91 Idade 24 anos Sexo M

Endereço/ Procedência Silis - Pacas

Naturalidade _____ Profissão Agricultor Cor Pardo

Responsável O marido Identidade _____

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal Viu mundo / Festa do alho

Reino M. da Silva
TAC
COREN-PE 043.269

Dados Clínicos _____

Hipótese Diagnóstica - Pratum do prantueo

Exames Solicitados)

Tratamento Proposto Tamisol 150g C/1000ml S.C. 500 - C

Exames Físico Acústico / Rítmo - C

Duo geligar tempo e conta

Evolução / Prescrição 05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 MAR. 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902-B/C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Gabriel Bezerra
CRM-PE 22519

Diagnóstico Inicial: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

DESTINO DO PACIENTE

Internado p/ observação

Liberado p/ Residência com medicação aplicada

Liberado p/ residência c/ medicação prescrita

Transferência p/ outra cidade

Alta pedido

Óbito

Transferido para Av. 1300

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a ficha de Birangaíneia
Nº 322.949, do(a) Paciente: Valéria manel da Silva
Documentação de identificação nº 8.672.938 Org. Exp SBD S
Data de exp 13/03/2003 Nascido em 26/07/1993 Filho(a) de
manel Batista da Silva e Elizângela Batista da Silva
Onde conta que o (a) é agricultor(a) é verídico e encontra-se à disposição do INSS
para diligência.

Obr: Por erro pessoal Valéria manel da Silva
Data de nascimento 26 de julho 1993

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS E TOSA
09 MAR. 2017
Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE

São Joaquim do monte, 18/08/16

Jairine G. da Silva Júnior
Diretor Administrativo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Correios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004009/17

Vítima: VALERIO MANOEL DA SILVA
CPF: 435.003.428-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/07/2016

Titular do CPF: VALERIO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

VALERIO MANOEL DA SILVA : 435.003.428-50

Autorização de pagamento

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

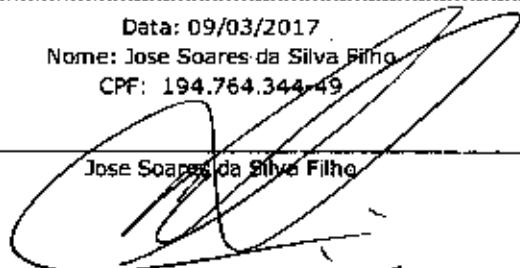
Data: 09/03/2017
Nome: JERONIMO MANOEL DA SILVA
CPF : 266.635.798-86

JERONIMO MANOEL DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 09/03/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



Abaixo

Sinistro: 3170/022485

CPF: 435.003.428-50

DE: VALERIO MANOEL DA SILVA

Assunto: Ato declaratório

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 MAR. 2017

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

(Exigência)

Prezado(a)s,

Em atendimento a Vossa exigência, tenho por mío destas informar que, na data do sinistro, qual seja, o dia 13/02/2016, Sofri um acidente de trânsito fui socorrido por populares ate a Unidade Mista São José, onde fui medicado e liberado no dia seguinte não transferido para o Hospital Regional do Agreste, motivo pelo qual não é possível apresentar o ato declaratório, exigido por esta concorrente Seguradora. Ademais, o BAM (Boletim do 1º Atendimento Médico) do já mencionado Hospital., informa claramente a única principal. Após queda de moto, além de fazer o(s) EXAME(s) realizado(s), diagnóstico(s), Conduta(s) médica(s), E Médico suspenso(s), inclusiv com a assinatura do mesmo e lombos, Por isto, comunique que não posso Outro documento(s) e, caso isto Seguradora entenda necessário, que seja realizada auditoria pro a confirmação da veracidade do aqui relatado, sob pena de Timor que tomar as medidas judiciais cabíveis.

Diante deste quadro, coloco-me também à disposição para a realização de eventual perigo, por uma Junta médica da Vossa competência, Sem mais, fico no aguardo

Bezerro (PE), 29 de Fevereiro de 2017

Vítima: (Valério Manoel da Silva)

CPF: 435.003.428-50

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIO MANOEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04635

CONTA: 00000000854-6

Nr. da Autenticação 65BCC91669D7D48E



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valéria Manoel da Silva

RG nº 8.677.938, data de expedição 13/11/2008 Órgão SDS/PE

CPF nº 435.003.428-90, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Si Oscar</u>
Número	<u>540</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vila Oscar / Santo Antônio</u>
Cidade	<u>Comendador Soárez</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55665-000</u>
Telefone de Contato	<u>(081) 9.9731-4355 / 9.9837-0193</u> <u>9.9653-9695</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Comendador Soárez 28/10/2016

Assinatura do Declarante: Valéria Manoel da Silva

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Corredores do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004009/17

Vítima: VALÉRIO MANOEL DA SILVA
CPF: 435.003.428-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/07/2016

Titular do CPF: VALERIO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JERONIMO MANOEL DA SILVA : 266.635.798-86

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração
VALERIO MANOEL DA SILVA : 435.003.428-50
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
 - A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.
- Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

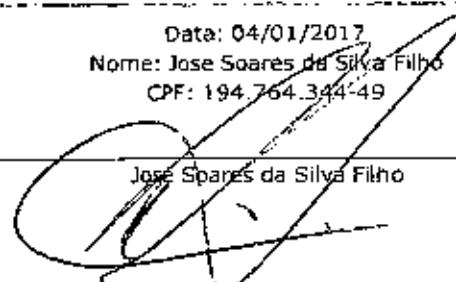
Data: 04/01/2017
Nome: JERONIMO MANOEL DA SILVA
CPF/CNPJ: 266.635.798-86

JERONIMO MANOEL DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 04/01/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Jeronônimo Manoel da Silva,

RG nº 5.283.486, data de expedição 18/07/2009 Órgão SDS/PG,

CPF nº 266.635.798-86 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. México</u>
Número	<u>330</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Caicó</u>
Estado	<u>Rainha do Sertão</u>
CEP	<u>55004-480</u>
Telefone de Contato	<u>(081) 9.9731-4355 / 9.9837-0393</u>
E-mail	<u>9.9939-8424.</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caicó, 28/12/2016

Assinatura do Declarante: Xerônimo Manoel da Silva

00.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN, 2017

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

Rodrigo Odair



BAIXOS DO QUINTAL
MARIA LUZINETE L SILVA

CPF: 018.642.514-30

CLASSIFICAÇÃO:
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

TOTAL DE AGRUPAMENTOS	UNICA	18/04/2016
002356920		
18/04/2016	200.028898	911371

INDÍCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV MEXICO 330

CENTRO/CARUARU
CARUARU PE
55004-480



Consumo Ativo (kWh/m)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Contribuição Turbinada à Pública
Multa por atraso-NF (012331168 - 160318)
Juros por atraso-NF (012331788 - 160318)

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
172,05000000	0,54418284	93,58
		1,43
		10,21
		2,14
		0,48

107.92

TOTAL DA FATURA:

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	CAT.	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	HORAS ESTIMADAS	HORAS CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
002356920			18/03/2016	18/04/2016	31	1.0000		172,00

MES/ANO	DATA CALCULO	%	VALOR DO BENEFÍCIO	Desconto de Energia	IR	ICMS
AGO/15	17/09	35,00	77,50	38,00	40,31	
NOV/15	17/09	0,12	1,29	1,29	2,29	
DEZ/15	17/09	1,25	1,33	20,87	22,67	
JAN/16	17/09			1,50	7,61	
FEB/16	20/02			25,00	27,20	
MAR/16	17/03			51,61	51,61	
ABR/16	17/04					
MAY/16	17/05					
JUN/16	17/06					
JUL/16	17/07					
AUG/16	17/08					
SETE/16	17/09					
AGS/16	17/09					
NOV/16	17/09					
DEZ/16	17/09					
JAN/17	17/09					
FEB/17	20/02					
MAR/17	17/03					
ABR/17	17/04					
MAY/17	17/05					
JUN/17	17/06					
JUL/17	17/07					
AUG/17	17/08					
SETE/17	17/09					
AGS/17	17/09					
NOV/17	17/09					
DEZ/17	17/09					
JAN/18	17/09					
FEB/18	20/02					
MAR/18	17/03					
ABR/18	17/04					
MAY/18	17/05					
JUN/18	17/06					
JUL/18	17/07					
AUG/18	17/08					
SETE/18	17/09					
AGS/18	17/09					
NOV/18	17/09					
DEZ/18	17/09					
JAN/19	17/09					
FEB/19	20/02					
MAR/19	17/03					
ABR/19	17/04					
MAY/19	17/05					
JUN/19	17/06					
JUL/19	17/07					
AUG/19	17/08					
SETE/19	17/09					
AGS/19	17/09					
NOV/19	17/09					
DEZ/19	17/09					
JAN/20	17/09					
FEB/20	20/02					
MAR/20	17/03					
ABR/20	17/04					
MAY/20	17/05					
JUN/20	17/06					
JUL/20	17/07					
AUG/20	17/08					
SETE/20	17/09					
AGS/20	17/09					
NOV/20	17/09					
DEZ/20	17/09					
JAN/21	17/09					
FEB/21	20/02					
MAR/21	17/03					
ABR/21	17/04					
MAY/21	17/05					
JUN/21	17/06					
JUL/21	17/07					
AUG/21	17/08					
SETE/21	17/09					
AGS/21	17/09					
NOV/21	17/09					
DEZ/21	17/09					
JAN/22	17/09					
FEB/22	20/02					
MAR/22	17/03					
ABR/22	17/04					
MAY/22	17/05					
JUN/22	17/06					
JUL/22	17/07					
AUG/22	17/08					
SETE/22	17/09					
AGS/22	17/09					
NOV/22	17/09					
DEZ/22	17/09					
JAN/23	17/09					
FEB/23	20/02					
MAR/23	17/03					
ABR/23	17/04					
MAY/23	17/05					
JUN/23	17/06					
JUL/23	17/07					
AUG/23	17/08					
SETE/23	17/09					
AGS/23	17/09					
NOV/23	17/09					
DEZ/23	17/09					
JAN/24	17/09					
FEB/24	20/02					
MAR/24	17/03					
ABR/24	17/04					
MAY/24	17/05					
JUN/24	17/06					
JUL/24	17/07					
AUG/24	17/08					
SETE/24	17/09					
AGS/24	17/09					
NOV/24	17/09					
DEZ/24	17/09					
JAN/25	17/09					
FEB/25	20/02					
MAR/25	17/03					
ABR/25	17/04					
MAY/25	17/05					
JUN/25	17/06					
JUL/25	17/07					
AUG/25	17/08					
SETE/25	17/09					
AGS/25	17/09					
NOV/25	17/09					
DEZ/25	17/09					
JAN/26	17/09					
FEB/26	20/02					
MAR/26	17/03					
ABR/26	17/04					
MAY/26	17/05					
JUN/26	17/06					
JUL/26	17/07					
AUG/26	17/08					
SETE/26	17/09					
AGS/26	17/09					
NOV/26	17/09					
DEZ/26	17/09					
JAN/27	17/09					
FEB/27	20/02					
MAR/27	17/03					
ABR/27	17/04					
MAY/27	17/05					
JUN/27	17/06					
JUL/27	17/07					
AUG/27	17/08					
SETE/27	17/09					
AGS/27	17/09					
NOV/27	17/09					
DEZ/27	17/09					
JAN/28	17/09					
FEB/28	20/02					
MAR/28	17/03					
ABR/28	17/04					
MAY/28	17/05					
JUN/28	17/06					
JUL/28	17/07					
AUG/28	17/08					
SETE/28	17/09					
AGS/28	17/09					
NOV/28	17/09					
DEZ/28	17/09					
JAN/29	17/09					
FEB/29	20/02					
MAR/29	17/03					
ABR/29	17/04					
MAY/29	17/05					
JUN/29	17/06					
JUL/29	17/07					
AUG/29	17/08					
SETE/29	17/09					
AGS/29	17/09					
NOV/29	17/09					
DEZ/29	17/09					
JAN/30	17/09					
FEB/30	20/02					
MAR/30	17/03					
ABR/30	17/04					
MAY/30	17/05					
JUN/30	17/06					
JUL/30	17/07					
AUG/30	17/08					
SETE/30	17/09					
AGS/30	17/09					
NOV/30	17/09					
DEZ/30	17/09					
JAN/31	17/09					
FEB/31	20/02					
MAR/31	17/03					
ABR/31	17/04					
MAY/31	17/05					
JUN/31	17/06					
JUL/31	17/07					
AUG/31	17/08					
SETE/31	17/09					
AGS/31	17/09					
NOV/31	17/09					
DEZ/31	17/09					
JAN/32	17/09					
FEB/32	20/02					
MAR/32	17/03					
ABR/32	17/04					
MAY/32	17/05					
JUN/32	17/06					
JUL/32	17/07					</