

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 Jerônimo Manoel da Silva portador(a) do
RG nº 5.293.486, expedido por SDS/PE, em
18 / 07 / 2009, CPF/CNPJ nº 266.635.798-86,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Valério
Manoel da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidiz
da vítima Valério Manoel da Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor de Renda Mensal: R\$ Revisor de

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

Jerônimo Manoel da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

04 JAN. 2017

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



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a ficha de Emergência

Nº 322.949 do(a) Paciente: Valério Manoel da Silva

Documentação de identificação nº 8677.938 Org. Exp. SODS

Data de exp. 13/11/2008 Nascido em 26/07/1991 Filho(a) de

Manoel Pedro da Silva e Joseane Lacerda 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 Valério Manoel da Silva
Data de nascimento 26 de julho 1991

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

Jalme G. da Silva Júnior

Jalme G. Júnior
Diretor Administrativo

PREFEITURA DE
SÃO JOAQUIM DO MONTE
NOVO RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 13, 07, 2017 Hora 22:25 Registro 322: 949
Nome Vallero Manoel da Silva
Data de Nascimento 27-07-93 Idade 24 anos Sexo M
Endereço/ Procedência Sítio - Pacas C.
Naturalidade _____ Profissão Agrônomo Cor Parda
Responsável O mesmo Identidade _____

Peso _____ PA _____ Temp _____ Pulso _____ FC _____ FR _____ HGT _____

Queixa Principal Vibração quebra do alito

Dados Clínicos _____

Hipótese Diagnóstica - Prémio de movimento?

Exames Solicitados _____

Tratamento Proposto Tratamento com analgésico - CC

Exames Físicos Exame físico normal

Evolução / Prescrição _____

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Diagnóstico Inicial _____

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 55.062-010

Diagnóstico Definitivo _____

RECIFE-PE

DESTINO DO PACIENTE

Internado p/ observação ☐ Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐

Liberado p/ residência c/ medicação prescrita ☐ Transferência p/ outra cidade ☐

Alta pedido ☐ Óbito ☐

Transferido para _____

Avenida Estácio Coimbra Nº 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

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GERAL
IMIP
HOSPITALAR

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:

DOR

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

Data: 14 DE JULHO DE 2016

Hora: 11:37

REC-2.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN. 2017

Rua do Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
São Vito - 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: 278685
 Data Nasc.: 26/07/1991 Idade: 24 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: 43500342850 RG: 8677938 CNS: 702905536986476
 Endereço: SÍTIO PACAS Nº: 0
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO JOAQUIM DO MONTE Estado: PE
 CEP: 55670000 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
aberta na TVE seg. + dor não seg.*

Exame Físico:

Rx da mão/punho sem alteração FC: FR:
Rx do TVE com fratura de metacarpo lateral (metacarpo 1)

Diag. Provisorio:

Fx TVE seg.

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Retirar Tala e colocar gesso

14 JUL 2016

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 JAN 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC

Boa Vista - CEP: 50.060-010

de 2

RECIFE-PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

☒ Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito

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

+ curd 12:14:55 PM
2 de 2

Usuário do Atendimento
REJANESS

14 JUL 2016

05.802.404/0001-41
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

AMBULATORIO: 0414-4884

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Valerio Manoel Silva

Prontuário: 278665

Data: 14/07/2016 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Rx radiológico lateral (Weller E) art. fechada =

~~AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:~~

Em 30 dias

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

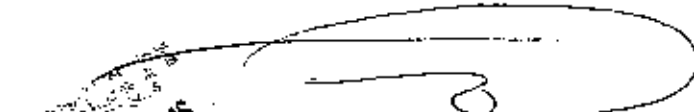
TRATAMENTO REALIZADO:

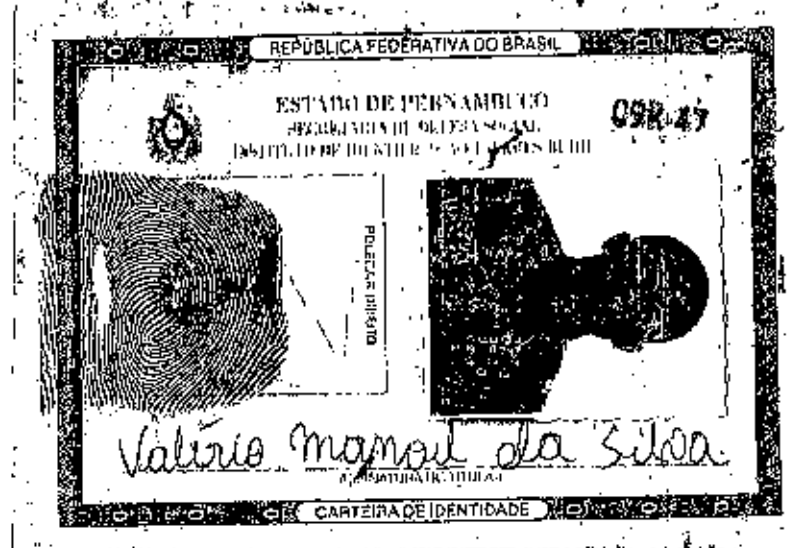
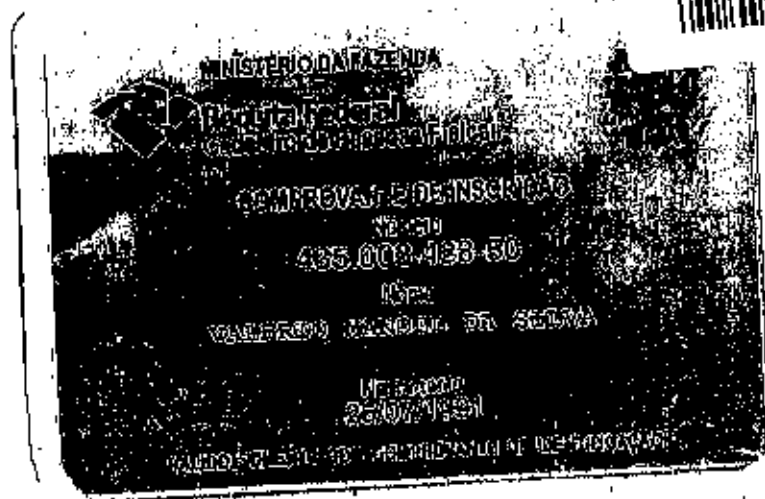
Uso Beta

05-10-16

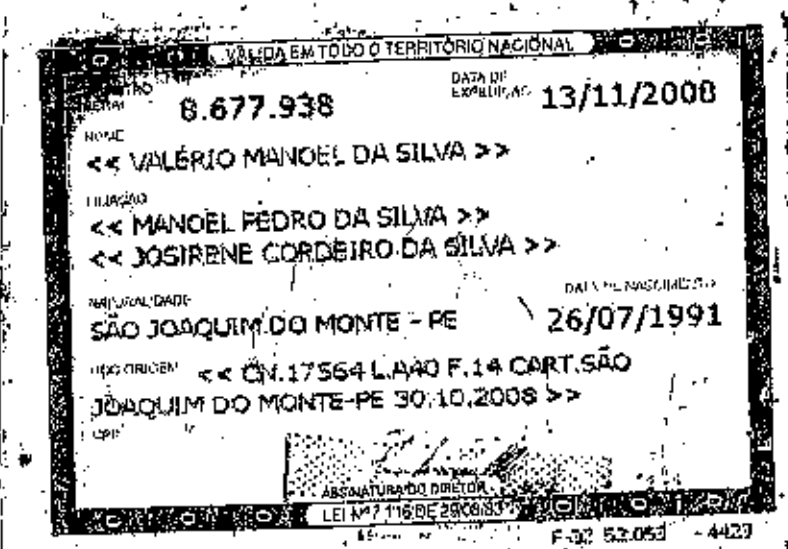
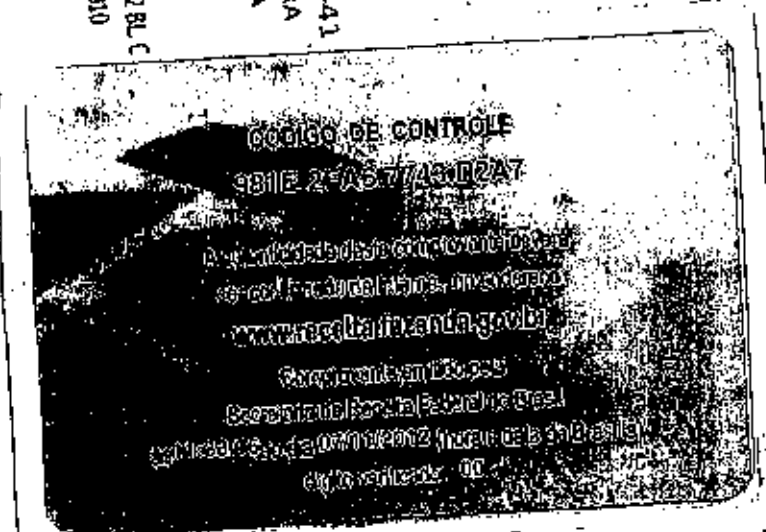
Dr. Milton Carneiro
9:30 -

Alta Hospitalar: Data: 1/1/ Hora: _____


Ass. do Médico e CRM
1 JUL 2016



05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 04 JAN. 2017
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE REVENUEIRA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL



Jerônimo Manoel da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

5.283.486

16.07.1997

DERONIMO MANOEL DA SILVA

Mãe: Manoel Rosendo da Silva
Esposa: Cozineira Camila da Silva

Nascimento: São Joaquim do Monte-PE 08.03.1977

Identificação: C.C. 731-E.95-1.8-15-Cart. 400
Joaquim do Monte-PE

ASSINATURA: JERONIMO

LEIA E ENTENDA BOM



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
266.635.798-86

Nome
JERONIMO MANOEL DA SILVA

Nascimento
08/03/1977

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



0012

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

~~DETACHMENT OF GUARDS & SECURITY DETACHMENT~~

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 prever 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 fíbula 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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


Região Corporal (Sequela):

% 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 médico pericial: 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.

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

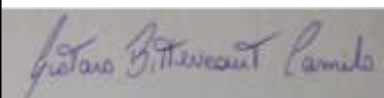
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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 início 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 nº: 10778364

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.: 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-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, Valéria Manoel da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 8.677-938 EXPEDIDO POR SPS/Pe EM 13/11/2009
CPF 435003408-50 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Recebeira
E RENDA MENSAL DE R\$ Recebeira (*) 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME INTEGRAÇÃO CORRENTE DE 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta 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.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4635 Nº 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.

Camocim, 28 de Dezembro de 2016
LOCAL E DATA

Valéria Manoel da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



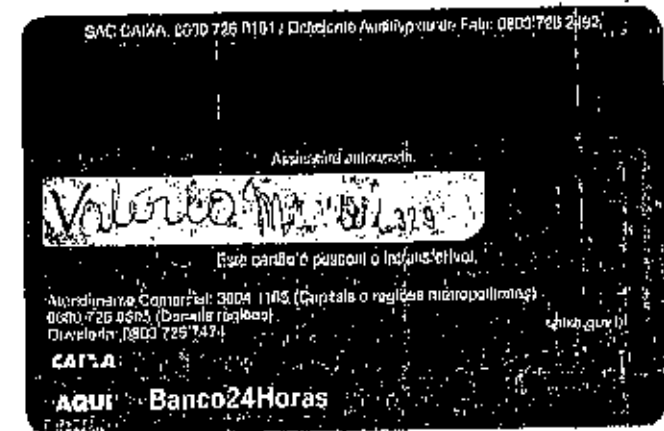
ATENÇÃO

- 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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

04 JAN. 2017

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



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, Valério Manoel da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 8.677.938 EXPEDIDO POR _____ EM _____ E
CPF 435003428-50 / CNPJ _____, PROFISSÃO Revisor-sl
É RENDA MENSAL DE R\$ Revisora (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Valério Manoel da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACÓRDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa);
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com este 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.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4635 Nº 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 ACÓRDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Dezembro 22 de Fevereiro de 2016 Valério 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 legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT (800-0221204).

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - Ag Bezerras

DATA: 24/01/2017

TERMINAL: 21921572

HORA: 14:57:08

CONTROLE: 219215720221

AGÊNCIA: 4635 - CASTELO BRANCO

CONTA: 013.000000654-6

CLIENTE: VALERIO MANUEL DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 MAR. 2017

Rua da Aurora, Nº 173, SL 902 B/L C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE -
DP97ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/7/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE, 01, AVENIDA AMARO CABRAL DOS SANTOS, BAIRRO DO AREAL** - Bairro: **CENTRO** - **SÃO 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)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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



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: **SÃO 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: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 540, VILA PACAS / SANTO ANTONIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO 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)

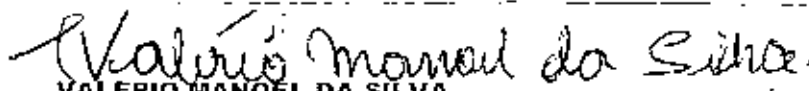
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALERIO MANOEL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALERIO MANOEL DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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

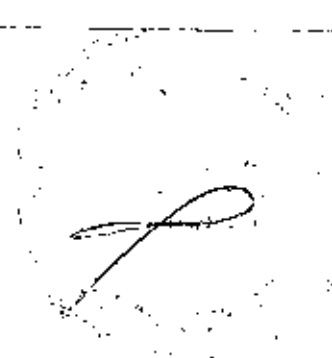
Complemento / Observação

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 Nº 322.949, QUE NO DIA SEGUINTE A VITIMA NÃO SE SENTINDO MELHOR, PROCUROU ATENDIMENTO NA UPA ESTADUAL CONFORME CPNSTA NO PRONTUÁRIO DE Nº 00380217 REGISTRADO NO ATENDIMENTO DE Nº 00880894 DA REFERIDA UNIDADE MEDICA, E PRONTUARIO DE Nº 278665 DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, NADA MAIS A DECLARAR.

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


VALÉRIO MANOEL DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  - Matrícula: 1581678



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 Sl Pucos - 540, Cidade Camocim de S. F., 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.

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 Felix, 28/12/2016

Local e data



Documentação médica Hospitalar

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 Manoel da Silva
Data de Nascimento 27.07.91 Idade 24 anos Sexo M
Endereço/ Procedência Sítio - Pacas - C.
Naturalidade _____ Profissão Agricultor Cor Parda
Responsável O mesmo Identidade _____

Peso PA Temp _____ Pulso _____ FC _____ FR _____ HGT _____

Queixa Principal Urticaria no corpo do abdô

Dados Clínicos _____

Hipótese Diagnóstica - Reação do produto?

Exames Solicitados _____

Tratamento Proposto Tratado com 1kg de Lactose - CV

Exames Físicos Exames físicos - CV

Evolução / Prescrição Dois Glóbulos de penicilina e pomada

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 MAR. 2017

Diagnóstico Inicial _____

Diagnóstico Definitivo _____

Rua da Aurora, nº 175, SL 902-01-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Gabriel Brandão
Clínico Geral
CRM-PE: 22619

DESTINO DO PACIENTE

Internado p/ observação ☐ Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐
Liberado p/ residência c/ medicação prescrita ☐ Transferência p/ outra cidade ☐
Alta pedido ☐ Óbito ☐
Transferido para _____

Avenida Estácio Coimbra Nº 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a ficha de Emergência
Nº 322.949 do(a) Paciente: Valeria monal da Silva
Documentação de Identificação nº 8.672.938 Org. Exp SPD S
Data de exp 13/11/2008 Nascido em 26.07.1991 Filho(a) de

monal Berta da Silva e José Carlos da Silva

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

Ass: Por este certidão Valeria monal da Silva
Data de nascimento 26 de julho 1991

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS EFGA


09 MAR. 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

Jaime G. da Silva Júnior Jaime G. Júnior
Diretor Administrativo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos 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

A lder

Sinistro: 3170/022485

CPF: 435.003.428-50

DE: VALERIO MANOEL DA SILVA

Assunto: Ato declaratório

(Exigência,

Pruzado(s),

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

Em atendimento a Vossa exigência, Venho por meio desta informar que, na data do Sinistro, qual seja, o dia 13/07/2016, Sofri um acidente de trânsito fui socorrido por populares até a Unidade Mista São José, onde fui medicado e liberado no dia seguinte não mim sentindo um prurui a UPA 24H em Caruaru-PE depois fui transferido para o Hospital Regional do Agreste, motivo pelo qual não é possível apresentar o Ato declaratório, exigido por esta Condição de Seguradora. Ademais, o BAM (Boletim do 1º Atendimento médico) do já mencionado Hospital,, informa claramente a "causa principal" Após ainda de mais, além de conter o(s) EXAME(s) realizado(s), diagnóstico(s), Conduta(s) Médica(s), E Médico responsável; inclusive com a assinatura do mesmo e carimbo, Por isto, comunico que não possui outra documentação e, caso esta Seguradora entenda necessário, que seja realizada auditoria para a confirmação da veracidade do aqui relatado, sob pena de termos que tomar as medidas judiciais cabíveis.

Diante deste quadro, coloco-me também à disposição para a realização de eventual perício, por uma Junta Médica de Vossa Competência, Sem mais, fico no aguardo

Bezerra (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: 000000000854-6

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 435.003.428-50, 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>Sl Pacas</u>
Número	<u>540</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vila Pacas / Santa Antonia</u>
Cidade	<u>Comercim de São Felix</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55665-000</u>
Telefone de Contato	<u>(081) 9.9731-4355 / 9.9837-0193</u>
E-mail	<u>9.9653-9695</u>

Por ser verdade, firmo-me.

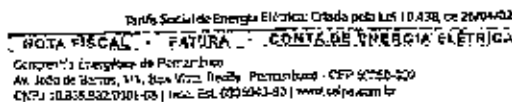
Local e Data: Comercim de São Felix 28/10/2016

Assinatura do Declarante: Valéria Manoel da Silva

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



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SILVAS, 241

VILA PAC ASSANTO ANTONIO
CAMOCIM DE SAO FELIX PE
55695-000

CONDIÇÃO CONTRATO	08/2016
1855842013	08/2016
DIA DO VENCIMENTO	DIA DO CANCELAMENTO
08/09/2016	15/09/2016
TOTAL A PAGAR (R\$)	

Nº DA NOTAFISCAL	FÉRIE	SINISCO
nº07075967	LUNCA	7/EE/2018
CAPTURA DE DADOS	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE
31/08/2015	200237310	01413

DESGRIBÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR EST
Consumo Aprox 30 kWh	30,000000	0,1582355	4,75
Consumo Aprox superior a 30 até 100 kWh	17,000000	0,2134788	3,63
Contribuição Tarifária Pública			1,20
Resumo da Instalação Energia			-0,41

TOTAL DEFERRED

1221

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DE MOTOR	TIPO DE FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DÍGITO CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (LITROS)
890791	CPI	06/07/2016	0 452,00	06/07/2016	6 478,00	1 00000		47,00

Idade (anos)	Porcentagem (%)
15-20	47
21-25	44
26-30	51
31-35	55
36-40	45
41-45	60
46-50	50
51-55	38
56-60	30
61-65	30
66-70	30
71-75	30
76-80	30
81-85	30

INFORMACIÓNS IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As datas de entrega de trabalhos e provas são de responsabilidade dos alunos. Os alunos devem estar atentos para as datas de entrega de trabalhos e provas, bem como para as datas de realização das provas. Os alunos devem estar atentos para as datas de entrega de trabalhos e provas, bem como para as datas de realização das provas. Os alunos devem estar atentos para as datas de entrega de trabalhos e provas, bem como para as datas de realização das provas.

[illegible]

PRINCIPAIS PRECISÕES DAS ENTREVISTAS					NÍVEL DE TENDÊNCIA		
COMUNICADO	RELATOS APRESENTADOS	LIMITES DE VALOR	VALORES DIFERENCIAIS	LIMITES APRESENTADOS	TENDÊNCIA HORIZONTAL (°)	LIMITES DE INCLINAÇÃO (°)	
CAMARÃO DE SÃO FELIX	2003	5,41	1,24	25,25	270	232 / 231	
OTV	2004	3,48	0,77	1,25			

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

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

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, Jerônimo Manoel da SilvaRG nº 5.283.486, data de expedição 18/07/2002 Órgão SDSIPE

CPF nº 966.635.748-86 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. Mexico</u>
Número	<u>330</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55004-480</u>
Telefone de Contato	<u>(081) 9.9732-4355 / 9.9837-0593</u>
E-mail	<u>9.9939-8424</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 28/12/2016Assinatura do Declarante: X Jerônimo 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

