



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Please check www.biomonitoring.ca, Section 12 for www.zerogrowthinitiative.com. See our website for information about the zero-growth movement.

Criadas de **Reabilitação** para auxiliar na introdução e reabilitação de novas técnicas e métodos de ensino.

Capitale à l'heure métropolitaine : 1020-1500 / Quatre réflexions sur la ville et le territoire

SAC: Issues en informática y telecomunicaciones, 200 horas por ciclo. SISB: Sistemas de Información y Servicios Básicos, 100 horas por ciclo. TIC: Técnicas Integradas de Comunicación, 100 horas por ciclo.

Eu, TIA GO DE FERREIRA NOVAES,

RG nº 757 6468, data de expedição 18/06/2014

Órgão SAC/PR, portador do CPF nº 069.041.564-81,

com domicílio na cidade de CARUARU, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUE LACERTE, n° 184,

complemento NOVA FERRARO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

Hélio Nogueira Pimentel

Hellenius em carro de madeira, cujo o condutor era

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/XRE 150 ABS/ESD Ano: 2022/2023

Placa: KKK8795 Chassi: 9C2KD041098014614

Data do Acidente: 09/11/2018

Local e Data

B-3 ABR 2019

From a Friend in Boston

Assinatura do Declarante

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

REZENHED: en entydighed, en formel der

TIAGO DE FRANCA MOURA
esp N° 00 0073-0903201907.04397
Cada Pá. R\$ 5,00 - CEP 05400-000 - RJ-06 - 34-10 - Pág. 1000 - 100% reciclado

卷之三

Sonia Gentile Sosa

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2018
Rua da Aurora, N° 175, S/ 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
SERIES DE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



Atendimento: 461239 Prontuário: 328628
 Nome: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES
 Data Nasc.: 02/07/1987 Idade: 31 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS
 CPF: 00984188407 RG: 7820050 CNS:
 Endereço: RUA ANA PEGOT
 Bairro: RIACHAO Cidade: CARUARU
 CEP: 55024000 Fone: 930451110 Profissão: MECANICO
 Nome da Mãe: MARIA DE LURDES PEREIRA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: CIRURGIA GERAL

Sintoma Principal / HDA:

Paciente caiu de moto, caiu gow 15, hematomas nenhuma OK,
 Tórax + abdominal ligeira dor no abdôminal, dor no ombro direito e
 cotovelo D + frinamente em articulação E

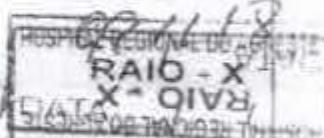
Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____

Solicita Radiografia - Ombro D AP

- Braço D AP + Lateral

- Cotovelo D AP + Lateral

- Abdômen E - AP + Lateral



Diag. Provisório:

Prescrição:

Data: _____

Horário

Sint. unhas D

05.802.494/0001-41

Lux. unhas D

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

frat. expre fl

0 MAI 7:19

Rua da Aurora, nº 175, SL 907 BL C

Boa Vista CEP 50.060-010

RECIFE-PE



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 461239

Prontuário: 328628

Nome: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Data Nasc.: 02/07/1987 Idade: 31 Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 06984188407

RG: 7820050

CNS: 701207071802019

Endereço: RUA ANA PEGOT

Nº. 57

Bairro: RIACHAO

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55024000 Fone: 930451110

Profissão: MECÂNICO

Nome da Mãe: MARIA DE LÚRDIES PEREIRA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 09/11/2018 20:57

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Sintoma Principal / HDA:

Recente acidente de moto, caiu no chão, demorou cerca de 15 min, abriu a barra, osso e fratura no ombro, dor no ombro, dor e catarral D + ferimento em antebraço E

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Solicita Radiografia - Ombro D AP

- Braço D AP - Envolto

- Catarral D AP - Envolto

- Antebraço E - AP - Envolto

Diag. Provisório:

Hospital Regional do Agreste
RAIO-X
RAIO-X
RAIO-X

Prescrição:

Dleta: _____

Horário

Data

Sintet. união D

UVX. união D

frete expre. flc E

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Documento de saída - HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente	Tom Francisco da França		Nº do Registro: 30166-43
Origem	Hospital		Nº do Lote:
Operador	Tom Francisco da França		
2º Operador			2º Assistente:
Anestesiador			Anestesiador:
Assistente			Duração:
Sexo do paciente:	Macho	Fêmea:	
Diagnóstico - Geral:	Febre com erupção de Lisboa 10° Febre tifóide em torno 38°		
Diagnóstico - Especial:	Leucocitose		
Operação:	Intervenção no apêndice e remoção do fígado		
Localização:	Intervenção no apêndice		
Objetivo:	Remoção do apêndice		

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

an DIA no bloco de cirurgia cirúrgica do
 Bloco operatório do Hospital do
 Fígado e Intervenções

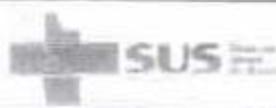
do paciente com diagnóstico de tifóide -

intervenção no apêndice

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

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



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	<i>Protocolo 2019050490</i>		2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO			4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente HELENILTON CANDIDO DE MENEZES	6 - Número do Prontuário 122778		
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701207G71602019	8 - Data Nascimento 02/07/1987	9 - Sexo MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>	10 - Raça/Cor 10. I - Etnia
11 - Nome da Mãe MARIA DE LOURDES PEREIRA			12 - Telefone de Contato 81 30451110
13 - Nome Responsável			14 - Telefone de Contato
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA DA PAZ, 5 () - RIACHAO		17 - Cod. IBGE município 2604106	
16 - Município de residência CARUARU	18 - UF PE	19 - CEP 56200-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sintomas e sintomas clínicos

Algoa em MSD

*Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 04/05*
*Ana Amorim
Assistente Social*
RECEPCIONISTA

21 - Condições que justificam a internação

AC + GF

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

RX

23 - Diagnóstico inicial Fratura de Umuco Dicuto	24 - CID 10 Principais 5422	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
--	---------------------------------------	------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Fratura de Umuco (Internamento)	28 - Código do procedimento 0308010019
---	--

29 - Crítica Oncopatia	30 - Caráter de Internação <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 089 141 954 30
----------------------------------	--	--	--

33 - Nome do Profissional Solicitante Linha Salinica	34 - Data da solicitação 05/12/11 8	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho) <i>DR. VILMAR</i>
--	---	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho lítico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	<i>Requerido para o Conselho</i>
38 - <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho trajeto:			<i>Requerido para o Conselho</i>
45 - Vinculo com a Previdência <input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não segurado			<i>ONISMEPE-1379</i>

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de Internação Secretaria de Saúde 05.802.494/0091-41
--------------------------------------	-------------------------	--

48 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizado	50 - CORRETORA NUMERAÇÃO DE AIH NORMA 261810761903-9 SEGUROS LTDA
--	--	---

51 - Assinatura e Outros Médico(a)/Enfermeiro(a)/Bacharel em Conselho Dr. Mauricio Cabral da Silva CRM N° 23403 Médico Autorizado	Prefeitura Municipal de Bezerros Av. da Aurora, nº 175, 51.902 BL C Boa Vista - CEP: 51.900-010 PE/01-PE
---	---

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 524807 Data: 05/12/2018 Hora: 19:00
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. CINTIA VALERIA DA SILVA

Paciente: 122778 HELENILTON CANDIDO DE MENEZES
Nascimento: 02/07/1987 - 31 Anos e 6 Meses
Endereço: RUA DA PAZ, 6
Bairro: RIACHÃO
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
PAI: HELENILDO CANDIDO DE MENEZES
Mãe: MARIA DE LOURDES PEREIRA
Nacionalidade: BRASIL
Obs: ORTOP 515309

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-04
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Quinta do Paciente

Algoia im MSD

RDA

后现代设计·王道林

EGR

Fracura de Unus D

Confendo Cognitum
Sedem percepimus
Hospitium

Tratamiento: Procedimiento quirúrgico

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAT 200

Rua da Aurora, N° 375, S. 902 Bl. C

NET/ES-95

Bazéros, quarta-feira, 5 de dezembro de 2018

Assinatura - assinatura de madeira

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-04

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 524807 Data: 05/12/2018 Hora: 19:00
 Convênio: SES - ORTOPEDIA
 Responsável:
 Médico: DRA. CINTIA VALERIA DA SILVA

Recepção: NAYALLI
 Matrícula: 701207071602019
 Identidade:
 Cartão SUS: 701207071602019

Paciente: 122775 HELENILTON CANDIDO DE MENEZES
 Nascimento: 02/07/1987 - 31 Anos e 5 Meses
 Endereço: RUA DA PAZ, 5
 Bairro: RIACHAO
 IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
 Pai: HELENO CANDIDO DE MENEZES
 Mãe: MARIA DE LOURDES PEREIRA
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
 Est. Civil:
 C.P.F.: 06984188407
 Identidade: 7620050 SDS PE
 Telefone: 81.30451110
 G.Instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade:

Recepção:

Motivo-Alta: () Curado Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morta: () Antes de 48 horas () Após 48 hor:
 () Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 14/12/2018

Médico:

Dr. Felipe Guedes
 Ortopedista
 CRM 21025

Assinatura / CRM

Observação

Transferência Hospitalar

Data: ___ / ___ / ___

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Óbito

Data: ___ / ___ / ___

Médico:

Diagnóstico Secundário:

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Assinatura / CRM

70 MAI 2018

Conselho CRM 21025
 Organização
 Hospital
 Ana Amorim
 Assistente Social
 CRESPIP N° 4.471

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Hospital Regional
JESUS PEQUENINO
EVOLUÇÃO MÉDICA

HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

05/12/2018: PACIENTE COM FRATURA DO UMERO DIREITO. AGUARDANDO CIRURGIA.
MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

06/12/2018: PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

07/12/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

08/12/2018: PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

09/12/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

10/12/2018: PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

11/12/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

12/12/2018: PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

13/12/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

14/12/2018: PACIENTE RECEBE ALTA PARA TRATAMENTO CONSERVADOR.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedista
CRM: 21025

Confidencial Com Documento
Original Bearer F. B. P.
Hospital Jesus Pequenino
Assistente Social
CRSS/PE N° 4471
Ana Almorim
By 04/02

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 05/12/2018

Hora: 22:39	Clínica: ORTO	Enfermaria/Leito: 04/04
-------------	---------------	-------------------------

Paciente: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Dias de internamento:

HD.:

Estado Geral: Bom Regular Comprometido Grave Gravíssimo

Nível de consciência: Snil Consciente Orientado Desorientado
 Sonolento Torporoso Comatoso Sob sedação

Interação social: Cooperativo Agitado Depressivo

Sinais Vitais

P.A.: mmHg

FC () BPM	FR () IRPM	T () °C
------------	-------------	----------

Regulação Térmica: Hipotérmico Subfebril Afibril Febril

Pele: Normocorada Hipocorada Acinótica Cianótica Anictérica Ictérica

Sistema Respiratório

Oxigenação: Eupnélico Dispnélico Bradipnélico Taquipnélico

Avaliação respiratória/Suporte ventilatório: Espontânea O₂ suplementar Máscara Venturi _____ %
 VNI intermitente Intubado com VM Traqueostomizado TQT + VM Ar ambiente

Movimento Torácico: Sim Não

Oscilação: Sim Não

Aspecto de drenagem:

Sistema Vascular: Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico

Acesso venoso: Periférico Central Dissecção

Edema: Sim Não

Pulso: Cheio Filiforme

Ritmo cardíaco: Regular Irregular

Nível pressórico: Normotensão Hipertenso Hipotensão

Sistema Gastrointestinal

Via de administração da dieta: Via oral SNG SOG SNE Aberta
 Zero Gastrotomia Parenteral

Eliminação: Ausente Presente Diarreico Constipado _____ dias

Abdômen: Flácido Tenso Globoso Distendido Semi-globoso Escavado

RHA: Presentes Ausentes Diminuidos

Sistema Urinário

Diurese: Presente Ausente Espontânea SVD Anúria Colúria Poliúria Oligúria Disúria
 Hematuria Cistostomia Estímulo medicamentoso

Genitália: Integra Prejudicada

Queixas principais:

Observações: PACIENTE ADMITIDO NESTA UNIDADE HOSPITALAR, PROVENIENTE DO HRA, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

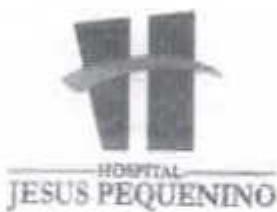
Enfermeira (o): NATÁLIA CIPRIANO

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2014

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

Conferido Com Documento
 Original Bem Preenchido
 Hospital de Jesus Pequeno
 Helenilton Cândido de Menezes
 Assistente Social
 CRF-PE Nº 4.471



NOME: Melquíssio Cândido de Melo

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura nervosa L₁ CID-10 E42.2, foi submetido à tratamento ~~cirúrgico~~ nesta unidade hospitalar no dia

13/02/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 27/12/18.

Dr. Edvaldo
Cirurgião-Dentista
CRM-PE 3.711
PBM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

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



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



Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



X

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: *WILSON LIMA BRAGA DA SILVA*

Loc. Nasc. _____ Est. _____ Data. _____ / _____ / _____
Filiado: _____

Doc. Nº: _____

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: _____ / _____ / _____ Doc. Ident. Nº: _____
Exp. em: _____ / _____ / _____ Estado: _____
Obs.: _____

Data Emissão: _____ / _____ / _____ DRT: _____ / _____ / _____
05.802-494/0001-43

A assinatura do Funcionário
Mário da Paixão CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21.07.2013
RUA DA AURORA 19175, Q. 402 B.
BOM VISTO - CEP 50260-010
2013-2014



TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 JUN 2018

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

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MISÉRIAS ESTADUAIS

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LEGITIMACAO DO VEHICULO
Nº 014487B17598

NUSSLENEID

UNLINED

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 7719

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

SEU LUGAR DE ESTUDO, SEUS PESSOAL, CAUSASOS ECHINOCOCOSE AUTOMÓVEIS DE VITÉNUSSE, OU NUNCA CARON A PESSOA TRANSPORTADAS QUASE SEMPRE DAVAM

PE No 014487817648 BILLETE DE SEGURO DPA/1

卷之三

卷之三

ESTE É O SEU GUÍA PARA O SEU SEGURO DPVAT

AS CONDIÇÕES ORTICIAIS DA COBERTURA

www.socialeguardia.com.br

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

682 *Food*

卷之三

卷之三

PREMIO STAFFARO

460 95

卷之三

卷之三

卷之三

www.scholarone.com

卷之三

卷之三

卷之三

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190354108

Nome do(a) Examinado(a): HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Endereço do(a) Examinado(a): 1 Travessa São Salvador, 20 - Caruaru/PE - CEP 55018-131

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 7620050 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 09/11/2018

Data e Local do Exame : 05/07/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura exposta do primeiro pododáctilo esquerdo, fratura luxação úmero proximal direito segmentar.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fios de Kischner no primeiro pododáctilo esquerdo e placa e parafusos no úmero direito. Recebeu alta há 2 meses

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame: redução da amplitude movimento do primeirpododáctilo esquerdo e ombro direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

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

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano funcional do primeirpododáctilo esquerdo e ombro direito.

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento 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)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

ombro direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve

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

Região Corporal

primeiro pododáctilo esquerdo

% do Dano () 10% residual () 25% leve

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

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve

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

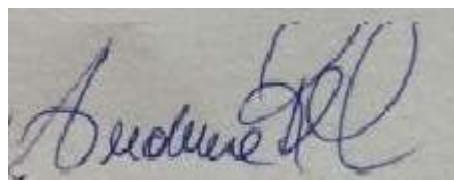
Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dano funcional do primeirpododáctilo esquerdo 75% e ombro direito 50%.



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190354108 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura exposta do primeiro pododáctilo esquerdo, fratura luxação úmero proximal direito segmentar

Descrição do exame físico: Ao exame: redução da amplitude movimento do primeiro pododáctilo esquerdo e ombro direito.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fios de Kirschner no primeiro pododáctilo esquerdo e placa e parafusos no úmero direito.

Recebeu alta há 2 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em ombro direito

Deficit funcional severo (75%) em primeiro pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em primeiro pododáctilo esquerdo e em ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190354108 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura exposta do primeiro pododáctilo esquerdo, fratura luxação úmero proximal direito segmentar

Descrição do exame físico: Ao exame: redução da amplitude movimento do primeiro pododáctilo esquerdo e ombro direito.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fios de Kirschner no primeiro pododáctilo esquerdo e placa e parafusos no úmero direito.

Recebeu alta há 2 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em ombro direito

Deficit funcional severo (75%) em primeiro pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em primeiro pododáctilo esquerdo e em ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			20 %	R\$ 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190354108 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X - SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190354108 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES **Data do acidente:** 09/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190354108

Vítima: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190354108

Vítima: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190354108

Vítima: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190354108

Vítima: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Data do Acidente: 09/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190354108 Vítima: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Data do Acidente: 09/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSILENE FERREIRA MACEDO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.700,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Report of the Committee of Public Safety and Justice

Dano Pessoal: Dedos da pe-Perda funcional completa de qualquer dedo menor que 40%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidé Permanent

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,

Rebedor: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000001890

Conta: 0000013138-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Localização(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

CPF do segurado ou AOL:

CPF da vítima:

069.841.884.07

Nome completo da vítima:

Helenilton Cândido de Menezes

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

Nome completo:		Helenilton Cândido de Menezes		CPF:	069 841 884 07
Profissão:	Mecânico	Endereço:	Av. 1º de Junho, 9005 Galvão	Número:	30 Complemento:
Bairro:	Galvão	cidade:	Paraná	Estado:	PR CEP:
Tel. fixo:	3543-9436				(41) 99907-3180

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

FAIXA MENSAL:

- RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$30.000,00
 SEM RECLUSO R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 MAIS DE R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DOPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Banco do Brasil (017) Itaú (041)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (301)

AGÊNCIA: 3890

CONTA: 000033138 0

(Inclui-se o dígito de verificação)

(Inclui-se o dígito de verificação)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inclui-se o dígito de verificação)

(Inclui-se o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a que sou sujeito, resguardando-me, desde já e sempre após a efetivação do crédito, restação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não tenho, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para melhor esclarecimento, salvo o preconceito da ausência de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordo, desde já, em me submeter à avaliação médica as cuntas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou reivindicação de contestá-la, caso risque de meu direito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____Gênero do beneficiário como a vítima: Vítima deixou compreendendo: Sim Não Se a vítima deixou compreendendo, informar o nome completo: _____Vítima teve filhos? Sim Não Se tem filhos, informar quantos: Vítima deixou hereditário (não nascido) Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este formulário da Lider e Seguradora Lider protege, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte de qualquer beneficiário que se apresentar e provar: (a) convívio, vínculo social, ou (b) que possua direitos ou direcionais sobre hereditários, podendo gerar a abrigação de necessidades urgentes imediatas, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.

Local e data:

Paraná 15/05/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: 05.802.494/0001-41

CPF: TRAÇÃO-CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2º | Nome: 20 MAI 2019

CPF: Rua da Automa, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Bom Vista CEP: 50.060-010
RECIFE-PE Assinatura

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO.
 Assinatura da vítima/beneficiário (electrônica)
 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas, mulheres e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do íntero teor do formulário, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TERRITÓRIO.

CATXÁ ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474

136 499789422-1

16/MAI/2019

HORA DF 17:13:57

LDT: 15.021488-8

TERM: 855274

LOCALIDADE: CARUARU

AG. VINCULADA: 4752

CONTROLE: 051375933

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1890 013 00013138-8

HELENILTON C MENEZES

VALOR : 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

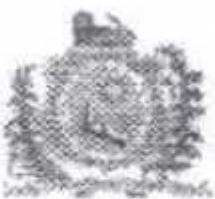
136 499789422-1

13 VIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

Rua da Aurora, N° 375, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90^ª
 CIRCUNSCRIÇÃO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000245

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/05/2019 às 10:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 07/1/2018 às 19:20

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA DO CEDRO,
 EM FRENTE A ESCOLA DE KARATE - Bairro: RENDEIRAS -
 CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
 Lugar do Fato: VIA PÚBLICA

05.802.494/0001-43
 TRACÃO CORRETOHA
 DE SEGUROS LTDA

79 MAI 2019

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 TIAGO DE FRANÇA MOURA (OUTRO)
 HELENILTON CANDIDO DE MENEZES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO. (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) a
 Si(s); HELENILTON CANDIDO DE MENEZES
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) a
 Si(s). DESCONHECIDO

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

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: Não Informado / PERNAMBUCO / BRASIL

HELENILTON CANDIDO DE MENEZES (presente na plantão) - Sexo:
 Masculino Mae: MARIA DE LOURDES PEREIRA Pai: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES
 Data de Nascimento: 2/7/1987 Naturalidade: DIADEMA / SÃO PAULO / BRASIL Documentos:
 79208880/SDS/PE (RG), 88884188487 (CPF), 04226517824 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
 Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: MECÂNICO Telefones Celulares:
 - 9319098888114

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA INACIO SEBASTIÃO CHAVES, 10,
 EM FRENTE AO BAR DE VALDEMAR - CEP: 5 - Bairro: RIAACHAO -
 CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

TIAGO DE FRANÇA MOURA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Não
 LUCIA MARIA DE FRANÇA MOURA Pai: MIGUEL GOMES DE MOURA Data de Nascimento:

18/7/1927 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7576468/505/PE (RG), 66994180481 (CPF), 04181556642 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
 Profissão: VENDEDOR(A)
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA LARGATO, 180, RESIDENCIAL
 CARUARU - CEP: 5 - Bairro: NOVA CARUARU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a):
DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(s): **TIAGO DE FRANÇA MOURA**,
 que estava em posse do(a) Sr(a): **HELENILTON CANDIDO DE MENEZES**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 DROS ZED** Objeto apreendido: Não
 Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **KKK8746** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: **169127888** Chassi:
802KD004188R0146
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLÍCIA CIVIL NESTE HOSPITAL, HRA, A PESSOA DA VITIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA CONDUZIDO A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA E FAZENDO E GANINHO ENTRE O BAIRRO ONDE RESIDE ATÉ O BAIRRO DA RENDEIRAS, AMBOS NESTA CIDADE DE CARUARU, E NA VIA DO FATO HAVIA UM AUTOMÓVEL ESTACIONADO NO SENTIDO CONTRARIO AO DA VITIMA E POR TRAS DESTE UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA E NO MESMO SENTIDO DO AUTOMÓVEL FEZ UMA MANOBRA PARA O LADO ESQUERDO DELE E ASSIM ATINGIU A VITIMA NO SENTIDO OPPOSTO E AMBOS FORAM AO SOLO COM A COLISÃO E QUEDA A VITIMA SENTIU DORES NA Perna ESQUERDA E NO BRAÇO DIREITO O MESMO LADO QUE A VITIMA CAIU COM MUITAS DORES NÃO CONSEGUIU SE LEVANTA E POUcos MINUTOS CHEGOU UMA VIATURA DO SAMU E NESTE ATO APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ORGÃO ONDE CONSTA O REGISTRO DA OCORRÊNCIA DE NÚMERO 1611991481 DO SAMU REGIONAL AGreste, MARABA AINDA A VITIMA QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA FOI TAMBEM TRANSPORTADO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR POREM NÃO SABE INFORMA O NOME DO MESMO E TAMBEM APRESENTA COPIA DO PRONTUÁRIO DESTE HOSPITAL DE NÚMERO 518826, E QUE FICOU NAS DEPENDENCIAS DESTE POR CERCA DE 30 DIAS.

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

Helelilton Cândido de Menezes
HELENILTON CANDIDO DE MENEZES
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **321684-8**

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

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

16/05/2019 10:51



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

POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 90º CIRCUNSCRICAO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2106000245

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/05/2019 às 10:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **9/11/2018 às 19:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA DO CEDRO, EM FRENTE A ESCOLA DE KARATE** - Bairro: **RENDEIRAS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
TIAGO DE FRANÇA MOURA (OUTRO)
HELENILTON CANDIDO DE MENEZES (VITIMA)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 JUN 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

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

HELENILTON CANDIDO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES PEREIRA** Pai: **HELENO CANDIDO DE MENEZES** Data de Nascimento: **27/1987** Naturalidade: **DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL** Documentos: **7620050/SDS/PE (RG), 06984188407 (CPF), 04220967824 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **-081999909114**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA INACIO SEBASTIÃO CHAVES, 20, EM FRENTE AO BAR DE VALDEMAR - CEP: 0 - Bairro: RIACHAO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

TIAGO DE FRANÇA MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUCIA MARIA DE FRANÇA MOURA** Pai: **MANOEL GOMES DE MOURA** Data de Nascimento: **18/7/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7576468/SDS/PE (RG), 06904156481 (CPF), 04181556842 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **VENDEDOR(A)**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA LARGATO, 184, RESIDENCIAL CARUA - CEP: 0 - Bairro: NOVA CARUARU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TIAGO DE FRANÇA MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKK8745** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **159127009** Chassi: **9C2KD04109R0146**

Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLICIA CIVIL NESTE HOSPITAL, HRA, A PESSOA DA VÍTIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA CONDUZIDO A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA E FAZENDO O CAMINHO ENTRE O BAIRRO ONDE RESIDE ATÉ O BAIRRO DA RENDEIRAS, AMBOS NESTA CIDADE DE CARUARU, E NA VIA DO FATO HAVIA UM AUTOMÓVEL ESTACIONADO NO SENTIDO CONTRÁRIO AO DA VÍTIMA E POR TRAS DESTE UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA E NO MESMO SENTIDO DO AUTOMÓVEL FEZ UMA MANOBRA PARA O LADO ESQUERDO DELE E ASSIM ATINGIU A VÍTIMA NO SENTIDO OPPOSTO E AMBOS FORAM AO SOLO COM A COLISÃO E QUEDA A VÍTIMA SENTIU DORES NA Perna ESQUERDA E NO BRAÇO DIREITO O MESMO LADO QUE A VÍTIMA CAIU COM MUITAS DORES NÃO CONSEGUIU SE LEVANTA E POUcos MINUTOS CHEGOU UMA VIATURA DO SAMU E NESTE ATO APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ORGÃO ONDE CONSTA O REGISTRO DA OCORRÊNCIA DE NUMERO 1811091401 DO SAMU REGIONAL AGRESTE, NARRA AINDA A VÍTIMA QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA FOI TAMBEM TRANSPORTADO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR POREM NÃO SABE INFORMA O NOME DO MESMO E TAMBEM APRESENTA COPIA DO PRONTUÁRIO DESTE HOSPITAL DE NUMERO 328628, E QUE FICOU NAS DEPENDENCIAS DESTE POR CERCA DE 26 DIAS.

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

**HELENILTON CANDIDO DE MENEZES
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **381004-6**

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.502 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 8014 CARURU**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2106000245

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/05/2019** às **10:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuidoso (Consumado)
que aconteceu no dia **9/11/2018** às **19:20**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA DO CEDRO,**
EM FREnte A ESCOLA DE KARATE - Bairro: SENDIRES -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
TIAGO DE FRANÇA MOURA (OUTRO)
HELENILTON CANDIDO DE MENEZES (VITIMA)

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUN 7'19

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) RECIFE-PE
Sr(a): HELENILTON CANDIDO DE MENEZES
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(e): DESCONHECIDO

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

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

HELENILTON CANDIDO DE MENEZES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mão: MARIA DE LOURDES PEREIRA Pn: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES
Data de Nascimento: 27/1/1987 Naturalidade: DIADEMA / SÃO PAULO / BRASIL Documentos:
7820658/SDS/PE (RG), 86924188487 (GPF), 84228967824 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MECÂNICO Telefones Celulares:
- 881888888114

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA INACIO SEBASTIÃO CHAVES, 20,**
EM FREnte AO BAR DE VALDEMAR - CEP: 5 - Bairro: RIACHAO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

TIAGO DE FRANÇA MOURA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mão:
LUCIA MARIA DE FRANÇA MOURA Pn: MANOEL GOMES DE MOURA Data de Nascimento:

18/7/1987 Naturalidade: MÂO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7870488/SDS/PE (RG). 05564188421 (CPF). 84181888842 (CRM) Estado Civil: CASADO(A)
 Profissão: VENDEDOR(A)
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA LARGATO, 184, RESIDENCIAL
 CARUARU - CEP: 5 - Bairro: NOVA CARUARU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a):
DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/MÂO INFORMADO/MÂO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE MÂO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): **TIAGO DE FRANÇA MOURA**, que estava em posse do(s) Sr(a): **HELENILTON CANDIDO DE MEDEIROS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE 180 BROG ESS Objeto apreendido: **Não****
 Cor: **Vermelha** - Quantidade: **1 (UNIDADE MÂO INFORMADA)**

Placa: **KKK8748 (PERNAMBUCO/MÂO INFORMADO)** Renavam: **169127988 Chassi: 8G2MEB8418820148**
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DO PLANTÃO DA POLÍCIA CIVIL NESTE HOSPITAL, MRA, A PESSOA DA VITIMA ONDE FALOU QUE ESTAVA CONDUZIDO A MOTOCICLETA ACIMA MENCIONADA E FAZENDO O CAMINHO ENTRE O BAIRRO ONDE RESIDE ATÉ O BAIRRO DA RENDEIRAS, AMBOS NESTA CIDADE DE CARUARU, E NA VIA DO FATO HAVIA UM AUTOMÓVEL ESTACIONADO NO SENTIDO CONTRARIO AO DA VITIMA E POR TRAS DESTA UMA OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA E NO MESMO SENTIDO DO AUTOMÓVEL FEZ UMA MANobra PARA O LADO ESQUERDO DELE E ASSIM ATINGIU A VITIMA NO SENTIDO OPPOSTO E AMBOS FORAM AO SOLO COM A COLISÃO E QUESA A VITIMA SENTIU DORES NA PERNA ESQUERDA E NO BRAÇO DIREITO O MESMO LADO QUE A VITIMA CAIU COM MUITAS DORES NÃO CONSEGUIU SE LEVANTA E POUcos MINUTOS CHEGOU UMA VIATURA DO SAMU E NESTEATO APRESENTA UMA DECLARAÇÃO DAQUELE ORGÃO ONDE CONSTA A O REGISTRO DA OCORRÊNCIA DE NUMERO 1811881481 DO SAMU REGIONAL AGreste, MARABA AINDA A VITIMA QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA FOI TAMBEM TRANSPORTADO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR POREM NÃO SABE INFORMA O NOME DO MESMO E TAMBEM APRESENTA COPIA DO PRONTUARIO DESTE HOSPITAL DE NUMERO 328828, E QUE FICOU NAS DEPENDENCIAS DESTE POR GERCA DE 20 DIAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste unidade de policial

Helenilton Cândido de Medeiros
HELENILTON CANDIDO DE MEDEIROS
 (VITIMA)

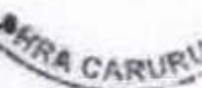


E.O. registrado por: **ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: **381884-8**

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 JUN 2010

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Incapacidade temporária da vítima DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

CPF do beneficiário:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	069.841.884.07	Helenilton Cândido de Menezes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF:	069.841.884.07
Profissão:	Mercenário	Número:	20
Rua:	Galvão	Complemento:	Casa
Bairro:	Parauapebas	Estado:	PA
CEP:	65400-000	CEP:	55018-131
E-mail:	marcada7743@gmail.com.br	Telefone:	(91) 99907-7180

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

DADOS CADASTRAIS
 RENDA MENSAL:
 RECEBIMENTO INTEGRAL ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 R\$10.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINE UMA OPCIÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Atende uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (345) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 1890	CONTA: 00013138	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Inserir os dígitos de conta)	(Inserir os dígitos de conta)	(Inserir os dígitos de conta)	(Inserir os dígitos de conta)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que sou titulário, recorrendo-me à justiça, desde já e automaticamente, à efetivação do crédito, quantia total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

- Não sou IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência;
- O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para melhor atendimento, solicite o preenchimento da análise da regra de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concretando, desde já, em que submeter à avaliação médica à Caixa Econômica Federal para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.594/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa privativa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estado Civil da Vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou herdeiros (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/entos vivos? Sim Não

Este cliente não possui a Seguradora Lider preenchida, caso sim, a indenização do Seguro DPVAT para respectivos beneficiários que se apresentarem e preencherem suas informações necessárias, assim, de que quaisquer contrário ao direcionamento não veredictaria posterior gerar a não aplicação de ressarcimento ao valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

Local e data,	Qurupá 15/05/2019
Nome:	
CPF:	

Helenilton Cândido de Menezes
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: 05.802.494/0001-41

CPF: TRAÇÃO-CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2º | Nome: 29 MAI 2019

CPF: Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
Dois Vizinhos - PR - 81.060-010
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, competindo-se a dar-lhe ciência do intuito, teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SAMU
192



CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. HELENILTON CÂNDIDO DE MENEZES portador do CPF-069.841.884-07 e RG - 7.620.050 SDS-PE que consta nos registros de ocorrências Nº1811091401 do SAMU REGIONAL AGreste, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia 09/11/2018 às 19h e 29m, no endereço RUA DO CEDRO, BAIRRO RENDEIRAS, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X MOTO, tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, sendo o mesmo transportado para o HOSPITAL REGIONAL DO AGreste.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 04 de Janeiro de 2019

Tiago Acioli.
Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 04/01/2019

Márcia Cardoso de Oliveira

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

7º MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
05587-000

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: 12/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELENILTON CANDIDO DE MENEZES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01890

CONTA: 000000013138-0

Nr. da Autenticação 770F652AECA87DD0



NOTA FISCAL ELETRÔNICA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. Adelino Buarque, 111, São José, Recife - PE, CEP 50020-000
CNPJ: 15.333.333/0001-68 | Fone: Tel: 3200-0152 | www.celepe.com.br

DADOS DO SUEGRO

INSCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA

HELENILTON CANDIDO DE MEDEIROS

TV 1 JOÃO SALVADOR 20

CPF: 086.541.384-07 NIS: 18020478775
CLASSE/FIADA:SALGADOCARUJI
CARUARU-PE
5013-131R/ RESIDENCIAL
SAÚDE/FIADA CONHE:

7022441013 04/2019

TAXA DE FONTE
200,00
TAXA DE FONTE
200,00
TAXA DE FONTE
200,00
TAXA DE FONTE
200,00

23/04/2019 16/05/2019

36,00

Consumo: 40.000 kWh 22WAN
Consumo: 40.000 kWh 22WAN 100 WWA
Consumo: 40.000 kWh 22WAN 100 WWA
Consumo: Sum. Fiação Multifase

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
40.000 kWh	R\$ 0,1671888	6,72
70.000 kWh	R\$ 0,2294000	15,88
100.000 kWh	R\$ 0,2494482	2,44
		4,60

TOTAL DA FATURA

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA NOTA FISCAL

36,00

ITEM	TIPO DE FONTE	UNIDADE	QUANT.	VALOR	TIPO DE FONTE	UNIDADE	VALOR (R\$)
01440007	OUT	KWH	140.000	140.000	OUT	KWH	140.000

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA

36,00

ITEM	TIPO DE FONTE	UNIDADE	QUANT.	VALOR	TIPO DE FONTE	UNIDADE	VALOR (R\$)
00000000					Desconto de Imposto	PF	12,22
00010000					Impostos	PF	1,20
00020000					Impostos (Outros)	PF	0,30
00030000					Perda em Energia	PF	0,01
00040000					Energia Básica	PF	1,00
00050000					Variação	PF	0,01
00060000							0,00
00070000							0,00
00080000							0,00
00090000							0,00
00100000							0,00
00110000							0,00
00120000							0,00
00130000							0,00
00140000							0,00
00150000							0,00
00160000							0,00
00170000							0,00
00180000							0,00
00190000							0,00
00200000							0,00
00210000							0,00
00220000							0,00
00230000							0,00
00240000							0,00
00250000							0,00
00260000							0,00
00270000							0,00
00280000							0,00
00290000							0,00
00300000							0,00
00310000							0,00
00320000							0,00
00330000							0,00
00340000							0,00
00350000							0,00
00360000							0,00
00370000							0,00
00380000							0,00
00390000							0,00
00400000							0,00
00410000							0,00
00420000							0,00
00430000							0,00
00440000							0,00
00450000							0,00
00460000							0,00
00470000							0,00
00480000							0,00
00490000							0,00
00500000							0,00
00510000							0,00
00520000							0,00
00530000							0,00
00540000							0,00
00550000							0,00
00560000							0,00
00570000							0,00
00580000							0,00
00590000							0,00
00600000							0,00
00610000							0,00
00620000							0,00
00630000							0,00
00640000							0,00
00650000							0,00
00660000							0,00
00670000							0,00
00680000							0,00
00690000							0,00
00700000							0,00
00710000							0,00
00720000							0,00
00730000							0,00
00740000							0,00
00750000							0,00
00760000							0,00
00770000							0,00
00780000							0,00
00790000							0,00
00800000							0,00
00810000							0,00
00820000							0,00
00830000							0,00
00840000							0,00
00850000							0,00
00860000							0,00
00870000							0,00
00880000							0,00
00890000							0,00
00900000							0,00
00910000							0,00
00920000							0,00
00930000							0,00
00940000							0,00
00950000							0,00
00960000							0,00
00970000							0,00
00980000							0,00
00990000							0,00
01000000							0,00
01010000							0,00
01020000							0,00
01030000							0,00
01040000							0,00
01050000							0,00
01060000							0,00
01070000							0,00
01080000							0,00
01090000							0,00
01100000							0,00
01110000							0,00
01120000							0,00
01130000							0,00
01140000							0,00
01150000							0,00
01160000							0,00
01170000							0,00
01180000							0,00
01190000							0,00
01200000							0,00
01210000							0,00
01220000							0,00
01230000							0,00
01240000							0,00
01250000							0,00
01260000							0,00
01270000							0,00
01280000							0,00
01290000							0,00
01300000							0,00
01310000							0,00
01320000							0,00
01330000							0,00
01340000							0,00
01350000							0,00
01360000							0,00
01370000							0,00
01380000							0,00
01390000							0,00
01400000							0,00
01410000							0,00
01420000							0,00
01430000							0,00
01440000							0,00
01450000							0,00
01460000							0,00
01470000							0,00
01480000							0,00
01490000							0,00
01500000							0,00
01510000							0,00
01520000							0,00
01530000							0,00
01540000							0,00
01550000							0,00
01560000							0,00
01570000							0,00
01580000							0,00
01590000							0,00
01600000							0,00
01610000							0,00
01620000							0,00
01630000							0,00
01640000							0,00
01650000							0,00
01660000							0,00
01670000							0,00
01680000							0,00
01690000							0,00
01700000							0,00
01710000							0,00
01720000							0,00
01730000							0,00
01740000							0,00
01750000							0,00
01760000							0,00
01770000							0,00
01780000							0,00
01790000							0,00
01800000							0,00
01810000		</td					



CNPJ 00.789.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014385-2

2016-01-01 00:00:00 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000

DADOS DO CLIENTE		MATRIZ/UNI	19507/900	ABR/2019
R. LELÉT FERREIRA BAILEO				
R. ANTÔNIO HAVARRO, N. 6622-0	-	RETROVISOR CARAVAN PE 55032-2		
CEP: 56310-000	UF: PR	CÓDIGO: 19507-900		
DESCRIÇÃO DA UNI	ESTRUTURA RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
ESTRUTURA RESID.	RESIDENCIAL	1		
TIPO DE CONSUMO GASE				
DATA LAST. ANTERIOR		DATA LAST. ATUAL		
12/03/2019		11/05/2019		MÉDIA 101

400-200
400-200-200
400-200-200-200

RESUMO: ESTUDOU-SE A Ocorrência de bactérias patogênicas e indicadoras das condições sanitárias da água em 100 amostras de águas residuais e 100 amostras de águas de rios e igarapés da bacia hidrográfica do Rio Paranaíba, no Município de Uberaba-MG. As bactérias patogênicas encontradas foram: Escherichia coli e *Escherichia coli* O157:H7. As bactérias indicadoras das condições sanitárias da água foram: *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Clostridium perfringens*, *Coliforme total* e *Coliforme fecal*. Foi observada uma prevalência de 100% para as bactérias patogênicas e 90% para as bactérias indicadoras das condições sanitárias da água.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS **CONSULTO** **TOTAL(R\$)**

ANSWER BY 3:00 P.M. ON 10/11/2018 (5)

41,50	1,65	0,64
41,50	1,65	0,64

VENCIMENTO: 25/05/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30

54-695.859-4 09/SET/2010
JOVILENE PEREIRA MACEÐO
- JOSE PEREIRA DE LIMA
E. LINDALVA PEREIRA FERREIRA
CARUARU - PE 16/JAN/1971
CARUARU-PE
CARUARU
CCILV-B027/PLS, 0078/W-010477
- 54097487434 / PIS 12419211997



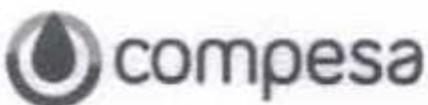
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

Belo da Aurora, N° 175, 54.902-BL-C

Boca Raton - CFP- 50JD60-010

RECEIVED-RE



AVENIDA CRISTO REDENTOR - KM. 1,367 - SANTO FRANCISCO DE ASSIS - PE
CEP: 56040-000. Fone: (81) 3201-0001/0111/0112
Início de faturamento: 19.1.2001.0016292-2
CNPJ: 00.769.325/0001-34
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2019041105257672 Escritório: CARUARU

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOSILENE FERREIRA MACEDO
S. ANTÔNIO DA BAUARÉ, N. 00729 - ARROYO DAS CAIXAS - PE 55013-010
ENDEREÇO: 000.071.120.0305.000

GRUPO: 16

VERIFICAÇÃO: 105257671.2 DATA: 04/2019-0

OPÇÃO DEB: AUTOMÁTICO: 105257671.2

ADRESSE: RICARDO VIEIRA DE SOUZA

LITRAGEM	APROXIMAÇÃO FACTÍVEL	DATA DE LITRAGEM	QUANTIDADE DE LITRAGEM ESTIMADA	UNIDADE	VALOR
ALMOXEITE	DATA LEIT. ANTERIOR 11/04/2019	DATA ACT. ATUAL 13/05/2019			
LEIT. ANT. I 248	CONSUMO: 5				
LEIT. ATUAL:	TXA MINIMA				
LEIT. FAT. I 280	ANORMALIDADE DE LEITURA				
HISTÓRICO DE CONSUMO REFÉRENCIA/CONSUMO					
03/2019	47				
02/2019	57				
01/2019	67				
12/2018	47				
11/2018	47				
10/2018	57				
09/2018	57				
08/2018	57				
07/2018	57				
06/2018	57				
05/2018	57				
04/2018	57				
03/2018	57				
02/2018	57				
01/2018	57				
12/2017	57				
11/2017	57				
10/2017	57				
09/2017	57				
08/2017	57				
07/2017	57				
06/2017	57				
05/2017	57				
04/2017	57				
03/2017	57				
02/2017	57				
01/2017	57				
12/2016	57				
11/2016	57				
10/2016	57				
09/2016	57				
08/2016	57				
07/2016	57				
06/2016	57				
05/2016	57				
04/2016	57				
03/2016	57				
02/2016	57				
01/2016	57				
12/2015	57				
11/2015	57				
10/2015	57				
09/2015	57				
08/2015	57				
07/2015	57				
06/2015	57				
05/2015	57				
04/2015	57				
03/2015	57				
02/2015	57				
01/2015	57				
12/2014	57				
11/2014	57				
10/2014	57				
09/2014	57				
08/2014	57				
07/2014	57				
06/2014	57				
05/2014	57				
04/2014	57				
03/2014	57				
02/2014	57				
01/2014	57				
12/2013	57				
11/2013	57				
10/2013	57				
09/2013	57				
08/2013	57				
07/2013	57				
06/2013	57				
05/2013	57				
04/2013	57				
03/2013	57				
02/2013	57				
01/2013	57				
12/2012	57				
11/2012	57				
10/2012	57				
09/2012	57				
08/2012	57				
07/2012	57				
06/2012	57				
05/2012	57				
04/2012	57				
03/2012	57				
02/2012	57				
01/2012	57				
12/2011	57				
11/2011	57				
10/2011	57				
09/2011	57				
08/2011	57				
07/2011	57				
06/2011	57				
05/2011	57				
04/2011	57				
03/2011	57				
02/2011	57				
01/2011	57				
12/2010	57				
11/2010	57				
10/2010	57				
09/2010	57				
08/2010	57				
07/2010	57				
06/2010	57				
05/2010	57				
04/2010	57				
03/2010	57				
02/2010	57				
01/2010	57				
12/2009	57				
11/2009	57				
10/2009	57				
09/2009	57				
08/2009	57				
07/2009	57				
06/2009	57				
05/2009	57				
04/2009	57				
03/2009	57				
02/2009	57				
01/2009	57				
12/2008	57				
11/2008	57				
10/2008	57				
09/2008	57				
08/2008	57				
07/2008	57				
06/2008	57				
05/2008	57				
04/2008	57				
03/2008	57				
02/2008	57				
01/2008	57				
12/2007	57				
11/2007	57				
10/2007	57				
09/2007	57				
08/2007	57				
07/2007	57				
06/2007	57				
05/2007	57				
04/2007	57				
03/2007	57				
02/2007	57				
01/2007	57				
12/2006	57				
11/2006	57				
10/2006	57				
09/2006	57				
08/2006	57				
07/2006	57				
06/2006	57				
05/2006	57				
04/2006	57				
03/2006	57				
02/2006	57				
01/2006	57				
12/2005	57				
11/2005	57				
10/2005	57				
09/2005	57				
08/2005	57				
07/2005	57				
06/2005	57				
05/2005	57				
04/2005	57				
03/2005	57				
02/2005	57				
01/2005	57				
12/2004	57				
11/2004	57				
10/2004	57				
09/2004	57				
08/2004	57				
07/2004	57				
06/2004	57				
05/2004	57				
04/2004	57				
03/2004	57				
02/2004	57				
01/2004	57				
12/2003	57				
11/2003	57				
10/2003	57				
09/2003	57				
08/2003	57				
07/2003	57				
06/2003	57				
05/2003	57				
04/2003	57				
03/2003	57				
02/2003	57				
01/2003	57				
12/2002	57				
11/2002	57				
10/2002	57				
09/2002	57				
08/2002	57				
07/2002	57				
06/2002	57				
05/2002	57				
04/2002	57				
03/2002	57				
02/2002	57				
01/2002	57				
12/2001	57				
11/2001	57				
10/2001	57				
09/2001	57				
08/2001	57				
07/2001	57				
06/2001	57				
05/2001	57				
04/2001	57				
03/2001	57				
02/2001	57				
01/2001	57				
12/2000	57				
11/2000	57				
10/2000	57				
09/2000	57				
08/2000	57				
07/2000	57				
06/2000	57				
05/2000	57				
04/2000	57				
03/2000	57				
02/2000	57				
01/2000	57				
12/1999	57				
11/1999	57				
10/1999	57				
09/1999	57				
08/1999	57				
07/1999	57				
06/1999	57				
05/1999	57				
04/1999	57				
03/1999	57				
02/1999	57				
01/1999	57				
12/1998	57				
11/1998	57				
10/1998	57				
09/1998	57				
08/1998	57				
07/1998	57				
06/1998	57				
05/1998	57				
04/1998	57				
03/1998	57				
02/1998	57				
01/1998	57				
12/1997	57				
11/1997	57				
10/1997	57				
09/1997	57				
08/1997	57				



CNPJ 09.788.035/0001-64
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - MAURICIO DE Nassau - CARUARU PE 55012-300

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 305257672 MOL/2019	
JOSILENE FERREIRA MACEDO			
R. ANTONIO NAVARRO, N. 00729 - PETROPOLIS, CARUARU PE 55052-218			
INSCRIÇÃO: 043.971.129-0285-0000 UNILP/18 DAE AUTOMATICO	105257672		
RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	RESIDENCIAL	PÚBLICA
LIGADO	FACTIVEL	I	
MÍNIMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AB)
A1380033778	11/05/2019	11/06/2019	MÉDIA HD

AQUA:
LEIT ANT: 380 CONSUMO:5
LEIT ATU: TAXA MINIMA
LEIT FAT: 318

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

04/2019	05	PARAMETROS	NÚMERO DE ANOSTRAS			
			EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDIM.
05/2019	04	TURBIDEZ	166	169	148	
07/2019	06	COR APARENTE	166	169	87	
01/2019	06	CLORO RESIDUAL	166	169	169	
12/2018	05	COLIF. TOTAIS E. COLI	166	169	168	
11/2018	04		166	169	169	
MÉDIA:			Qualidade de Água: www.compresa.com.br			

Obs.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS ANOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS 05 PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AQUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	5,43	R\$ 41,30

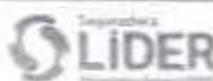
05.802.494/0001-41
TRAGAÇÃO CORRETIVA
DE SEGUROS VIDA

21 JUN 2019

Rua da Aurora, 10 125, 51.902 BL C.
Boa Vista - CEP: 50100-010
RECIFE - PE

ITEM	BASE DE PAGAMENTO	PERCENTUAL DE VLR.	VALOR DE DESPESA
1	41,30	1,65	0,68
2	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 25/06/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site: www.seguraduralider.com.br ou entre em contato através de um dos seguintes canais:

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

Capital e regiões metropolitanas: 0800-13996 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintiva: 0800 021 91 85

INFORMAÇÕES IMPORTANTE

O preenchimento desse formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistros, conforme estabelecido à Circular número 445/12, disponibilizada no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/SAC/CTC/ANEXOS/DOCORIGINAL_ASPIR771FO-1&CDIGO-29636

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

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

Quando se tratar de beneficiários de Indemnizações Financeiras - SUSEP, ÚNICO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS ABUSOS DE SEGURO, PROVISÓRIA FINANCEIRA, CAPITALIZAÇÃO E REGRESSO. O CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS DIFERENças SUPERFÍCIE DE ATIVIDADES ILICITAS, INDESTITUTAS, NCA 100-A/00-013/98.

Pelo exposto, eu Josilene Ferreira Macedo
 inscrita (a) no CPF/CNPS 540.974.874, 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário
Helenilton Pendido de Menezes inscrita (a) no CPF sob o N° 069.841.884, 07,
 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Helenilton Pendido de Menezes,
 inscrito (a) no CPF sob o N° 069.841.884, 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob os pressos da lei e para fins de prova da veracidade quanto a literatura Límite-DPVAT, resulta no encerramento plausível, anexando a cópia do comprovante da restituição da indenização informada. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 296 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Antenor Navarro</u>	Número:	<u>729</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Petrópolis</u>	Cidade:	<u>Paráuru</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>macedo.jf.43@gmail.com</u>			CEP:	<u>550 32 230</u>

Local e Data: Paráuru 18/05/2019

Josilene Ferreira Macedo
 Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

20 MAI 2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE