

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 ALCIDNE GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF 028 466 664 / 58,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAIRO BEZERRA DA SILVA inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 035.644.944 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
JAIRO BEZERRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.644.944 / 59, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO ME Renda: REUSO - ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.  
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>AV PRDE. AGAMENON MAGALHÃES</u>		<u>413</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>VILA POPULAR</u>	<u>OLINDA</u>	<u>PE</u>	<u>53230-010</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
	<u>(0) 998952389</u>		<u>(07) 98482-7737</u>

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2019

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

RECIFE-PE  
DLRL 001 V001/2017

Olinda de Junho de 2018

Local e Data

Alcione Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
RECIFE-PE  
04 JUN 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

Atendimento: 418341

Senha da Classificação:

0039

Data e Hora: 28/02/2018 21:42

Paciente: 112797 JAIRO BEZERRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 27/11/1986 Idade: 31 anos

Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSENILDA DA SILVA BATISTA

Nome do Pai: LUCIANO BEZERRA DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: RUA PROF RODRIGUES DE M - A

21

Bairro: MACAXEIRA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 23:30

Queixa Principal

Pet vítima de colisão moto x moto às 19:30. Queixa de dor em perna D. Necess. alteração, comorbidade

Exame Físico

P.O.R. consuetudo, não todo, comorbidade, usando, yatan! MID: enfiado em perna, deformidade e dor a palpato de 43 distal de perna D. MC: preservado

Hipótese Diagnóstico

Fx Fechada Drapsoira dos Ossos da Perna D

Prescrição Médica

1 - Rx

2 - Tramadol (100mg) - 100 + 500g, 100mg, e

Dra. Jurete Braga  
Médica  
CRM 22499

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório

( ) Transferido: Para

( ) Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Senha:







## EVOLUÇÃO CLÍNICA

TOTAL RETURNS IN \$M

REG:

$$112 + 97$$

**ENFERMAGEM:**

LEITO:

DATA/HORA	# SOTA
28/03/19	Tr. 1: 1:00 em T111 Dia
04/11	Corr. 111
	Trunk que Atual, em 111
	No 111:
	Corr. 1: 1:00, 111, 111, 111
	foi 111, 111, 111
	41: 111 111, 111 111
	Corr. 111
	05.802.494/0001-41
	TRACAO CORRETORA
	DE SEGUROS LTDA
	04/11/2019
	Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
	Boa Vista - CEP 50.060-011
	RECIFE-PE
	05.802.494/0001-41
	TRACAO CORRETORA
	DE SEGUROS LTDA
	04/11/2019
	Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
	Boa Vista - CEP 50.060-011
	RECIFE-PE

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 07/03/2018

Hora.: 19:50

**Ficha de Cirurgia Descritiva**Visto de Cirurgia : 48363  
Paciente : 112797  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 556  
Dt. Início : 07/03/2018 17:32  
Pré-Operatório : S822  
Pós-Operatório :Sala : 0001 SALA 01  
JAIRO BEZERRA DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
VERD2-03  
Dt. Fim : 07/03/2018 19:38  
FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIAAtendimento : 418549  
Carteira :  
Idade : 31 Anos 8 Dias 19 Horas**Procedimentos**Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA**Equipe Médica**

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**DIAGNÓSTICO: FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA  
INTERVENÇÃO: OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA  
OPERADOR: DR. ANTONIO QUEIROZ  
1º AUXILIAR: DR. CAIO FRANCISCO  
2º AUXILIAR: DR. MATHEUS PASSOS  
3º AUXILIAR: DRA. LUCY MAGALHÃES  
INSTRUMENTADOR: FERNANDA  
ANESTESISTA: DR. GENÉSIO  
ANESTESIA: RAQUI05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
04 JUN 2019Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE**RELATO DE INTERVENÇÃO**

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO - CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LONGITUDINAL MEDIANA AO NÍVEL DO TENDÃO PATELAR; INCISÃO LOGITUD'INAL TRANSTENDÃO+ FRESA DO
5. CANAL COM A SEQUÊNCIA 9 E 10 DE FRESAS
6. APLICADA HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA NÚMERO 38X9MM COM 02 BLOQUEIOS DISTAIS E 02 BLOQUEIO PROXIMA
7. SOB TÉCNICA ESPECÍFICA
8. VERIFICADA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. LAVAGEM COM SF 0,9%
10. SUTURA COM NYLON 3-0
9. CURATIVO
10. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO  
20/03/18  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

HOSPITAL MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

DR(A): ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ  
CRM: 19797



Atendimento: 418549

Dt Atendimento: 01/03/2018 - 21:42

Dt Alta: 08/03/2018 - 10:01

Paciente: 112797 JAIRO BEZERRA DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 556 VERD2-03

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ANDERSONSC

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ANDERSON DOS SANTOS CORSINO

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA.

04 JUN 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA.

04 JUN 2019

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

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

#### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jairo Bezerra M Silva Registro: 112797  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora

23/03/19

#505 - AMBULATÓRIO 4

#40: 90 (07/03/18) - pret. da direita  
do tornozelo (D) - OST cl. HMM bloqueada

Pele: cur, não pinou nem deixou o  
pé, chaga de muleta

Pé: cicatrizado, mm. pegou  
ADM pé: 0-90°

Rx: boa evolução e melhora

Co: 1) Retorno normal  
2) Curva livre conforme dor  
3) Retorno cl. 03 mmarem  
4) Fisioterapia motora  
5) Remoção de GIPS

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUL 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUL 2019

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

Dr. Antônio M. Machado  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15.979-0

Dr. Antônio M. Machado  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15.979-0



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JAIR BEZERRA DA SILVA			6 - Nº Prontuário	112797
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
708009586315630	27/11/1986	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	JOSENILDA DA SILVA BATISTA			12 - Telefone de Contato	8198832472
13 - Nome Responsável	JOSEFA			14 - Telefone de Contato	988480178
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA PROF RODRIGUES DE MELO, 21 - MACAXEIRA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
RECIFE	261160	PE	52090630		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Iniciais Sinais e Sintomas Clínicos

NYE VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO AS 18:30. QUEIXA DE DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 - Condições que justificam a internação

CIRURGIA

04 JUL 2018

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE, EXAME FÍSICO E RADIOGRAFIA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Noa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DIAFISÁRIA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

24 - CID 10 Principal

S822

25 - CID 10 Secundário

X589

26 - CID 10 Causas Assoc.

V22.9

04.08.05.05

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DISTAL DA TÍBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA

28 - Código do Procedimento

0408050225

Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278447533

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

01/03/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Dr. Jander Braga

1633

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

RM 72408

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - ( ) Acid. Trabalho Trajetado

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	05.802.494/0001-41
	E260000001	TRACÃO CORRETORA
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	DE SEGUROS LTDA
( ) CNS ( ) CPF		0408050225
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	261810157923
	Dr. Fagner J. Mayde	RECIFE-PE
	Médico Ortopedista	
	CRM 16863 - TEOT 12551	

Código do Laudo: 418341



**DADOS DO PACIENTE**

Paciente: **JAIRO BEZERRA DA SILVA** Prontuário: 112797  
Idade: 31a 3m 6d Sexo: M Estado Civil: CASADO Data de Nascimento: 27/11/1986  
Profissão: Escolaridade: Telefone: 988480176 CEP 52090630  
R.G.: 6380005 C.P.F.: Endereço: RUA PROF RODRIGUES DE MELO, 21 - MACAXEIRA - RECIFE - PE  
**Dados da Internação**  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 1/3/2018 21:42  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-03  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: R.G.: C.P.F.: FATURADO 20/03/18  
Endereço: Número: CLAUDEVAN SOUSA PATURISTA  
Telefone: Cidade: Estado civil:

**DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE**

Data da Alta: 03/03/18 Hora da Alta: :  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: *Per Carência*  
Diagnóstico Principal.....: *Fratura do 2º do 1º M. da*  
Diagnóstico Secundário01.: *REVISADO*  
Diagnóstico Secundário02.: *CCIH-HMA*

Procedimento.....: *Orto Simples Com M*  
05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
04 JUN 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG  
Médico e CRM: *Cláudio José Neto*  
05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Autorizo a Internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.  
Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Senha: 0039  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 418341  
SAME: 100011

Período: 28/02/2018 21:47 - 28/02/2018 21:47  
ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Corrida: URGENCIA AMARELO  
Cor: AMARELO  
Doença Principal: PACIENTE ENCAMINHADO PELOS BOMBEIROS COM RELATO DE TRAUMA EM MID, NEGA HAS DM E ALERGIAS, COM HD DE FRATURA EXPOSTA MID.  
Programa sintoma: TRAUMA  
Eliminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)  
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
04 JUN 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

**REVISADO**  
**MEPI-HMA**

Acolhido(a) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/02/2018 21:47



05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

04 JUL 2018  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP-50.060-010  
 RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 04 JUL 2018  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP-50.060-010  
 RECIFE-PE





6.380.005

07/08/2013

<< JACIO BEZERRA DA SILVA >>

<< LUCIANO BEZERRA DA SILVA >>

<< JOSENILDA DA SILVA BATISTA >>

RECIFE - PE

27/11/1986

<< CC 3806-L 123-FL 46-CART 1390157

RECIFE PE 01.10.2008 >>

075.649.344-52

PI5/PISEF- 2031070231-4



*Handwritten signature: J. Bezerra da Silva*

RECIFE - PE  
01.10.2008

101



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.633.938

28/06/2011

<< ALCIONE GOMES DA SILVA >>

<< ARNOBIO BATISTA DA SILVA >>

<< VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

18/10/1979

0030290 72 OLINDA 55 >>

028.466.664-58

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 2006

F-14 49.673 - 43

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ALCIONE GOMES DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

18/10/1979

0030290 72 OLINDA 55 >>

028.466.664-58

ASSINATURA DO TITULAR

F-14 49.673 - 43

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577750

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JAIRO BEZERRA DA SILVA

**Data do acidente:** 28/02/2018

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

**Descrição do exame físico:** DEFICT RESIDUAL DA MARCHA, CALO OSSEO EVIDENTE NA REGIAO ANTERIOR DA PERNA E CICATRIZ LONGITUDINAL ANTERIOR NA TOPOGRAFIA DO TENDAO PATELAR DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577750

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JAIRO BEZERRA DA SILVA

**Data do acidente:** 28/02/2018

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

**Descrição do exame físico:** DEFICT RESIDUAL DA MARCHA, CALO OSSEO EVIDENTE NA REGIAO ANTERIOR DA PERNA E CICATRIZ LONGITUDINAL ANTERIOR NA TOPOGRAFIA DO TENDA O PATELAR DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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 inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190577750 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAIRO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR). P.7  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @P.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 inferiores	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:** 3190577750 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAIRO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR). P.7  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @P.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jairo Bezerra da Silva  
 brasileiro Recife (a), estado PE civil: casado profissão:  
Servente, portador(a) do RG nº.: 6.380.005 órgão  
 expedidor: SDS inscrito (a) no CPF sob o nº.:  
075.649.944-52 residente na  
Rua Delymaria Mello do Nascimento  
 cidade: Recife Estado: PE CEP:  
52090-655 telefone: (81)98232-4723  
(81)98848-0176 email:

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.



Olinda, 21 de 05 de 2018

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

04.111.2019

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

RECIFE-PE

DOCUMENTO  
 ORIGINAL

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP- 50.060-010  
 RECIFE-PE

# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jaime Bugonia da Silva  
 brasileiro(a), estado PE civil: casado profissão:  
Semiente, portador(a) do RG nº.: 6-380-0005, órgão  
 expedidor: SDS inscrito (a) no CPF sob o nº.:  
075.649.944-52 residente na  
Rua Edmundo Ulke do Nascimento  
 cidade: Recife Estado: PE CEP:  
52090-655 telefone: (71) 98332-4723 /  
(01) 98848-0176 email:

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.465.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.



Olinda, 21 de 05 de 2013.

Jaime Bugonia da Silva



ASSINATURA DO OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

Cartório do Registro Civil da 1ª Zona Judiciária de Recife

Atestamos por autenticidade a seguinte declaração de

JAIRO BEZERRA DA SILVA

em conformidade com o presente, nesta serventia, aos 14,

de maio, de 2013, às 14h30, da cidade de Recife.

Total: R\$ 4,79. Rodrigo Gonçalves dos Santos

(Escriturário)

Válida somente com o selo AUTENTICAÇÃO, ATUAL

Rodrigo Gonçalves dos Santos



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DA ENCRUZILHADA  
 7º DISTRITO JUDICIÁRIO DA COMARCA DE RECIFE - PE  
 Rua da Bahia, 100 (Fone: 3425.5000/3425.5001)

## AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.

Recife 08 de agosto de 2013 10:47:27

Em testemunho da verdade, Robson Freitas de Melo

(Escrevente Substituto)

Emol.: R\$ 3,41 TSAR R\$ 0,68 FERN R\$ 0,03 FUNDA R\$

0,07 Total R\$ 4,19

Válido somente com o selo 0074203.MIR08201901.01467

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352831/19

**Vítima:** JAIRO BEZERRA DA SILVA

**CPF:** 075.649.944-52

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 28/02/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JAIRO BEZERRA DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JAIRO BEZERRA DA SILVA : 075.649.944-52

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019  
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA  
CPF: 028.466.664-58

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

ALCIONE GOMES DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso



---

**Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190577750**

**Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JAIRO BEZERRA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190577750**

**Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JAIRO BEZERRA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190577750**

**Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JAIRO BEZERRA DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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





Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577750

Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA

Data do Acidente: 28/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAIRO BEZERRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JAIRO BEZERRA DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 000986259321-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: **3140577750075.644.944-52** 3 - CPF da vítima: **075.644.944-52** 4 - Nome completo da vítima: **JAIRO BEZERRA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **JAIRO BEZERRA DA SILVA** 6 - CPF: **075.644.944-52**  
7 - Profissão: **SERVENTE** 8 - Endereço: **RUA DILERMANO MELO DE MATHIAS** 9 - Número: **21** 10 - Complemento: **1A**  
11 - Bairro: **MALAXEIRA** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **51.090-655**  
15 - E-mail: **0819.8483-7132**

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para as bancas abidas. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0044** CONTA: **0009862593216**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autenticação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou assinatura (almoxarife)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **OLINDA, 04 DE NOVEMBRO DE 2019**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **JAIRO BEZERRA DA SILVA**  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **PLAURE FERNANDA DA SILVA**



Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

015.649.944-52 **RAIRO BEZERRA DA SILVA**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>RAIRO BEZERRA DA SILVA</b>		CPF titular da conta <b>015.649.944-52</b>	Profissão <b>SERVENTE</b>
Endereço <b>RUA DILERMANO MELLO DO NASCIMENTO</b>		Número <b>21</b>	Codificação
Bairro <b>MACAIEIRA</b>	Cidade <b>RECIFE</b>	Estado <b>PE</b>	CPF <b>52090-655</b>
Email		Telefone (DDD) <b>(81) 998955388</b>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA **0049** DIV **013** CONTA **00239333** DIV **15**  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO **Nome** **Nº**  
**AGÊNCIA** **CONTA**  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

04.11.2019

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

**Rairo Bezerra da Silva**  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**Olinda** 10 de **junho** de 2018  
 Local e Data

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AG. CASA AMARELA

DATA: 13/06/2018

HORA: 10:43:26

TERMINAL: 00491029

CONTROLE: 004910290033

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0049.013.00239333-5

NOME: JAIRO BEZERRA DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 10,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0050710042

NÚMERO DE CONTROLE: 154075567

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	075.649.944-52	Jaíro Bezerra da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Jaíro Bezerra da Silva		075.649.944-52	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
SERVENTE	RUA VILHANOVO MELLO DO NASCIMENTO	21	"A"
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
MACAXEIRA	RECIFE	PE	52.090-655
E-mail:	Tel. (DDD):		
	81 98188-7131		

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

RENDAS MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
0049	00239333 5		
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	TESTEMUNHAS
01/06/2019, 16 de agosto de 2019	1ª   Nome: _____
Nome: _____	CPF: _____
CPF: _____	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A RÔGO	2ª   Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
Assinatura do Procurador (se houver)	

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

**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**

Número do Sinistro: 3190577750  
Nome do(a) Examinado(a): Jairo Bezerra da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R Dilermano Melo do Nascimento, 21 A  
Macaxeira Recife PE CEP: 52090-655  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 6380005  
Data local do acidente: [ 28/02/2018 ]  
Data local do exame: [ 28/10/2019 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. REALIZOU FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NENHUMA**  
**Data da Alta: JUNHO/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**DEFICIT RESIDUAL DA MARCHA, CALO OSSEO EVIDENTE NA REGIAO ANTERIOR DA PERNA E CICATRIZ LONGITUDINAL ANTERIOR NA TOPOGRAFIA DO TENDAO PATELAR DO JOELHO DIREITO.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFICIT GLOBAL RESIDUAL AO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Direito</b><br/>% do dano: <b>(X) 10% residual</b> ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
DR. LUIZ CASANOVA  
Médico  
CRM: 17761





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141001858**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/05/2018** às **09:16**

Complementa o BO Número: **18E2141001784**

Complementado pelo BO Número: **18E2141001981**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **28/2/2018** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 1, SUBIDA DO UNIÃO, PRÓXIMO AO CAMPO DO UNIÃO** - Bairro: **MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JAIR BEZERRA DA SILVA (VÍTIMA)

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a):  
INDIVÍDUO DESCONHECIDO

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



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

**JAIR BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JODENILDA DA SILVA BATISTA** Pai: **LUCIANO BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **27/11/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 21, RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO, CASA A - CEP: 0** - Bairro: **MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO)** de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento / Observação

**INFORMA O NOTICIANTE JAIR BEZERRA DA SILVA QUE QUANDO ESTAVA CAMINHANDO NA RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO NO DIA 01/03/2018, POR VOLTA DAS 19:30 HORAS NO ALTO DO BURITI, BAIRRO DA MACAXEIRA, DUAS MOTOCICLETAS COLIDIRAM E BATERAM VIOLENTAMENTE NA**

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

VÍTIMA CAUSANDO-LHE FRATURAS NOS OSSOS DA TÍBIA E FÍBULA DA PERNA DIREITA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE PRAXE PARA O CASO E POSTERIORMENTE SUBMETIDO UMA CIRURGIA NA PERNA AFETADA. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

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

*Jairo Bezerra da Silva*  
**JAIRO BEZERRA DA SILVA**  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **OZINALDO SEVERINO DA SILVA** - Matrícula: **209234-4**



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
04 JUN 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PE





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2141001981**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2018** às **15:33**

Complementa o BO Número: **18E2141001858**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **28/2/2018** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 1, SUBIDA DO UNIÃO, PRÓXIMO AO CAMPO DO UNIÃO - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JAIR BEZERRA DA SILVA (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
INDIVÍDUO DESCONHECIDO

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 DL E

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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

**JAIR BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JODENILDA DA SILVA BATISTA Pai: LUCIANO BEZERRA DA SILVA Data de Nascimento: 27/11/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 21, RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO, CASA A - CEP: 0 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO)** de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**Complemento / Observação**

**INFORMA O NOTICIANTE JAIR BEZERRA DA SILVA QUE QUANDO ESTAVA CAMINHANDO NA RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO NO DIA 28/02/2018, POR VOLTA DAS 19:30 HORAS NO ALTO DO BURITI,**

BAIRRO DA MACAXEIRA, DUAS MOTOCICLETAS COLIDIRAM E BATERAM VIOLENTAMENTE NA VÍTIMA CAUSANDO-LHE FRATURAS NOS OSSOS DA TÍBIA E FÍBULA DA PERNA DIREITA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE PRAXE PARA O CASO E POSTERIORMENTE SUBMETIDO UMA CIRURGIA NA PERNA AFETADA. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

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

*Jairo Bezerra da Silva*  
JAIRO BEZERRA DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Rosalvo Francisco Barbosa* MAT 208.202-0



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 III 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C  
BOA VISTA - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE  
JUN 2019





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2141001784**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/05/2018** às **09:18**

Complementado pelo BO Número: **18E2141001858**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **7/3/2018** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 01, SUBIDA DO UNIÃO, PRÓXIMO AO CAMPO DO UNIÃO - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JAIR BEZERRA DA SILVA (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do (a) Sr(a):  
INDIVÍDUO DESCONHECIDO

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

**JAIR BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JODENILDA DA SILVA BATISTA**  
Pai: **LUCIANO BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **27/11/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 21, RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO, CASA A - CEP: 0 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO)** de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto envolvido: **NÃO**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**Complemento / Observação**

**INFORMA O NOTICIANTE JAIR BEZERRA DA SILVA QUE QUANDO ESTAVA CAMINHANDO NA RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO NO DIA 01/03/2018, POR VOLTA DAS 19:30 HORAS NO ALTO DO BURITI, BAIRRO DA MACAXEIRA, DUAS MOTOCICLETAS COLIDIRAM E BATERAM VIOLENTAMENTE NA VÍTIMA**

CAUSANDO-LHE FRATURAS NOS OSSOS DA TÍBIA E FÍBULA DA PERNA DIREITA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE PRAXE PARA O CASO E POSTERIORMENTE SUBMETIDO UMA CIRURGIA NA PERNA AFETADA. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

*Jairo Bezerra da Silva*  
Assinatura da(s) Pessoa(s) presente nesta unidade policial

**JAIRO BEZERRA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Rosalvo* **ROSALVO FRANCISCO BARBOSA MAT 208.202-0**



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141001858**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/05/2018** às **09:16**

Complementa o BO Número: **18E2141001784**

Complementado pelo BO Número: **18E2141001981**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **28/2/2018** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 1, SUBIDA DO UNIÃO, PRÓXIMO AO CAMPO DO UNIÃO - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JAIRO BEZERRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
INDIVÍDUO DESCONHECIDO

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

**JAIRO BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JODENILDA DA SILVA BATISTA Pai: LUCIANO BEZERRA DA SILVA Data de Nascimento: 27/11/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 21, RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO, CASA A - CEP: 0 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): INDIVÍDUO DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVÍDUO DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento / Observação

**INFORMA O NOTICIANTE JAIRO BEZERRA DA SILVA QUE QUANDO ESTAVA CAMINHANDO NA RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO NO DIA 01/03/2018, POR VOLTA DAS 19:30 HORAS NO ALTO DO BURITI, BAIRRO DA MACAXEIRA, DUAS MOTOCICLETAS COLIDIRAM E BATERAM VIOLENTAMENTE NA**

VÍTIMA CAUSANDO-LHE FRATURAS NOS OSSOS DA TÍBIA E FÍBULA DA PERNA DIREITA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE PRAXE PARA O CASO E POSTERIORMENTE SUBMETIDO UMA CIRURGIA NA PERNA AFETADA. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

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

x *Jairo Bezerra da Silva*  
**JAIRO BEZERRA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Ozinaldo Severino da Silva* - Matrícula: 209234-4





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <b>MAIRO BEZERRA DA SILVA</b>	CPF da Vítima <b>045.649.944-52</b>	Data do Acidente <b>28/02/2018</b>
--	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal <b>MAIRO BEZERRA DA SILVA</b>	CPF do Representante legal <b>045.649.944-52</b>
E-mail	Telefone (DDD) <b>(81) 99895 5388</b>

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2018

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

RECIFE-PE

**MAIRO BEZERRA DA SILVA**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Local e Data

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C  
BOA VISTA - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE  
04 JUN 2018

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	075.649.944-52	Jaíro Bezerra da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Jaíro Bezerra da Silva		075.649.944-52	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
SERVENTE	RUA VILHANOVO MELLO DO NASCIMENTO	21	"A"
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
MACAXEIRA	RECIFE	PE	52.090-655
E-mail:	Tel (DDD):		
	81 9 8188-7131		

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

**DADOS CADASTRAIS:**

RECEITA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0049 CONTA: 00239333 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Olinda, 16 de agosto de 2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000796 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ALCIONE GOMES DA SILVA, 38 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG nº 5633938 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 028.466.664-58, residente à AV PROF AGAMENON MAGALHAES, nº 473, VILA POPULAR, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/02/2018, por volta das 20:26 hs, no endereço: CAMPO DA UNIÃO, S/N, MACAXEIRA RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA, envolvendo, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JAIRO BEZERRA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 075.649.944-52 e Registro Geral nº 6380005, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798257-7 ROGÉRIO. Foi transportado(a) para o XXX. Registrado(a) com o prontuário nº 418341. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 11/06/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH000796



# 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: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAIRO BEZERRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000986259321-6

---

Nr. da Autenticação 7B004842606E70DB

REMETENTE

033579

INSS

AG DA P SOCIAL RECIFE - CASA AMARELA

EST DO ARRAIAL, N.

TAMARINEIRA

RECIFE - PE

52051-380

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE                        | <input type="checkbox"/> RECUSADO      | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO<br>PORTEIRO/SÍNDICO |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE           | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO<br>INDICADO | <input type="checkbox"/> AUSENTE       |  |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO                    | <input type="checkbox"/> FALECIDO      |  |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: .....

EM: .....

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



033348



JAIRO BEZERRA DA SILVA  
R DILERMANO MELLO DO NASCIMENTO, 21 CASA  
MACAXEIRA  
RECIFE PE  
52090-655



5013196987407150000003334830170418

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE







**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



016343



**AR**

JAIRO BEZERRA DA SILVA  
R DILERMANO MELO DO NASCIMENTO 21A CASA  
MACAXEIRA  
RECIFE - PE  
52090-655

Data de Produção : 29/03/2019



FB934296940BR



www.celpe.com.br

Yarita Social de Energia Eléctrica - Lei 10.436, de 26/04/02  
**COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**  
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
 Ouvidoria 0800 202 5558  
 Cole de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
 Arpe-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ONEL MARIANO DA SILVA CPF: 302332194-0	DATA DE VENCIMENTO <b>02/08/2019</b> TOTAL A PAGAR (R\$) <b>84,41</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 25/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 079407376	CONTA CONTRATO 000876721025 Nº DO CLIENTE 200021551 Nº DA INSTALAÇÃO 0002122736
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV PROF AGAMENON MACHALHAES 472 VILA POPULAR/OLINDA 53332-111 OLINDA PE	CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 9A09.F18F,8CF2.4EB2.805D.4157.71EE,3A8A			

## DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Água(100)	34,06	0,57588574	17,27
Auréliano Bandeira AMAPELA			8,25
Redigência da Unidade Comunitária			7,86
Multa por atraso-NF 361574867 - 18/02/18			6,43
Multa por atraso-NF 653786667 - 19/04/18			6,33
Multa por atraso-NF 858185176 - 21/02/18			3,76
Juros por atraso-NF 858886667 - 18/04/18			8,48
Juros por atraso-NF 896188172 - 21/03/18			6,78
Juros por atraso-NF 891874897 - 19/02/18			18,34
Atualização IGPB-NF 890888657 - 18/04/18			8,31
Atualização IGPB-NF 898188170 - 21/03/18			5,12
Atualização IGPB-NF 951874867 - 18/02/18			13,80
Bônus ITAJPO - art 21 da Lei 19.438-2003			6,35
TOTAL DA FATURA			94,41

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
8,00		0,00	17,52	0,87	0,14
			17,52	3,81	6,66

Tabela Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Água(100)	AD+V0200	JUL 18	39
		AUG 18	0
		MAI 18	0
		AGO 18	38
		MAI 18	145
		FEV 18	278
		JAN 18	487
		DEZ 18	130
		NOV 18	38
		OUT 18	10
		SET 18	34
		AGO 18	10
		JUL 18	38

Faturado pelo mínimo da fatura - Custo da Disponibilização.	
Juros 08, Rendação ANEEL 4142910.	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO RECEIHO	VEND. DA FABRIL	ANTERIOR		ATUAL		Nº DAIS	CERTIFICADO	AQUISIÇÃO	CONSUMO LITROS
		DATA	Q. (LITROS)	DATA	Q. (LITROS)				
30200002143764143	CAC	18/06/2018	3.755,00	18/07/2018	3.218,00	01	1.02006	8,00	5,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 22/07/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSENTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
R\$ 0,00					
OCORR. de Interr. sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
OCORR. de Interr. com Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
GRUPO: Duração total das interrupções em horas		0,00	0,00	0,00	0,00
GRUPO: Duração de interrupções em milissegundos		Limite DURAÇÃO = 0,00			
DURAÇÃO de Interrupções em milissegundos = 0,00					

[illegible]

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000676751025	07/2019	94,41	02/06/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitores óticos.

238300000004 644100110005 676751025100 148057771430

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA