

Nome: WALTER FERRER DE SOUZA
 Dt. Nasc.: 14/08/65 - 53 ano (s)
 Mão:
 Endereço: , nº , -
 Data/hora: 28/07/2019 - 07:56

Nº registro: 242395
 Sexo: Masculino
 Fone:

Nº pág.: 1/1

SENHA: 85002

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 28/07/2019 - ANDREINA RODRIGUES

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
 Especialidade: CLÍNICA MÉDICA
 Encaminhado Para: SALA AMARELA - CLÍNICA MÉDICA

HAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA:

QUEIXA PRINCIPAL:

- ACIDENTE DE MOTO

- Dor IMSS - Dor Torácica - Trauma

TRANSCO PELOS BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE DOR TORÁCICA À INSPIRAÇÃO + DOR EM OMARO D APÓS QUEDA DE MOTO HÁ 40 MIN.

...EGA VÓMITOS E DESMAIO.

...A UPA VERIFICAR ESAL - NESTE ATENDIDO DIRETAMENTE NA SALA AMARELA

EXAME FÍSICO:

PA: | Temperatura:
 HGT: | Sat O2: | FC: | Peso: | Altura:

OBSEVAÇÕES:

47-827
 CD LUCIANO + CB RENATA + SD EVANILDO
 FAVOR REFERENCIAR ORTOPEDISTA

Dr.º ANDREINA RODRIGUES SANTOS
 COREN: 8718

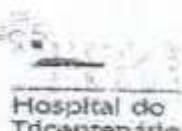
05.802.494/0001-4
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, 9º 901 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-011
 01192-000

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/06/2001.
 Assinado por: ANDREINA RODRIGUES SANTOS. Data e Hora: 28/07/2019 07:59:03.

Rua Vida do Itaê, s/n, Icaraí CEP: 51320-160 - Poco da Panela/PE
 Câncio: (81) 3114-4616



Nome: **WALTER FERRE DE SOUZA**
 Dt. Nasc.: 14/08/65 - 53 ano (s)
 Mãe: VALDERES FERRER DE SOUZA
 Endereço: R SESSENTA E OITO, nº 185, JARDIM PAULISTA, PAULISTA - PE
 Data/hora: 28/07/2019 - 08:01

Nº registro: 242395
 Sexo: Masculino
 Fone: 81986291601
 Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PCT TRAZIDO PELO BOMBEIRO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ CERCA DE 1 HORA, ESTAVA EM USO DE CAPACETE. NEGA TCE/PERDA DE CONSCIÊNCIA/VÔMITO. NO MOMENTO SE QUEIXA DE DOR NO PEITO E EM OMBRO DIREITO. NEGA ALÉRGIA OU COMORBIDADES.

Exame Físico:

EGB, CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPENICO, NORMOCORADO, ECG:15
 ARI: NV+ AHT, DIMINUÍDO EM BASE DE HTD. DOLOROSO À PALPAÇÃO DE ARCOS COSTAIS INFERIORES À DIREITA, SEM CREPITIÇÕES SATÓR:95% FR:25IRPM
 ACV: RCR EM 2T FR:858PM
 ABD: FLÁCIDO, INDOLOR

Resultados de Exames:

RX DE TÓRAX COM FRATURA DE DUAS COSTELAS CONSECUTIVAS DE HTD, SEM EVIDENCIAS PNEUMOTÓRAX

Conduta:

SOL RX DE TÓRAX (PNEUMOTÓRAX À DIREITA?)
 SOL RX DE OMBRO DIREITO + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA APÓS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

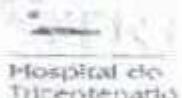
2060 EXAME MÉDICO GERAL | "CHECK-UP" DE SAÚDE (EXAME DE ROTINA) SOE| EXAME (MÉDICO) PERIÓDICO (ANUAL)"CHECK-UP" GERAL DE SAÚDE (DE) (DA)

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO 2) TRAUMA TORÁCICO 3) DOR EM OMBRO DIREITO

Óbito: Não

Dr.º LUCIANA WALTER PESSOA DE MELO
 CRM: 28143

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 12 SET 2019
 Rua da Aurora, nº 175, 51.901-010
 Boa Vista - CEP: 50130-030
 M/C/FF/26



NOME: WALTER FERRE DE SOUZA
DATA: 08/09/2019

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente acima citado veio a essa unidade no dia 28/07/2019 com história de queda de moto onde foi realizado rx de tórax que apresentava fratura de terço médio de clavícula direita bem com fratura de 3 arcos costais superiores a direita. foi optado por tratamento conservador para tais fraturas com imobilização em gesso e posteriormente tippoa.

cid 10 : s42.0 / s202

AIRLLAN ALVES
Ortopedista e Traumatologista
CRM 22472 - TEDT 15575 - RQE 0002

Dr. AIRLLAN WILLAMES MATIAS ALVES SILVA
CRM: 22472

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURA
Rua Vale do Irajá, s/n - Lagoinha Encanada - Ibura - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4616 | www.unaibura.org.br

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA
12 SET 2019

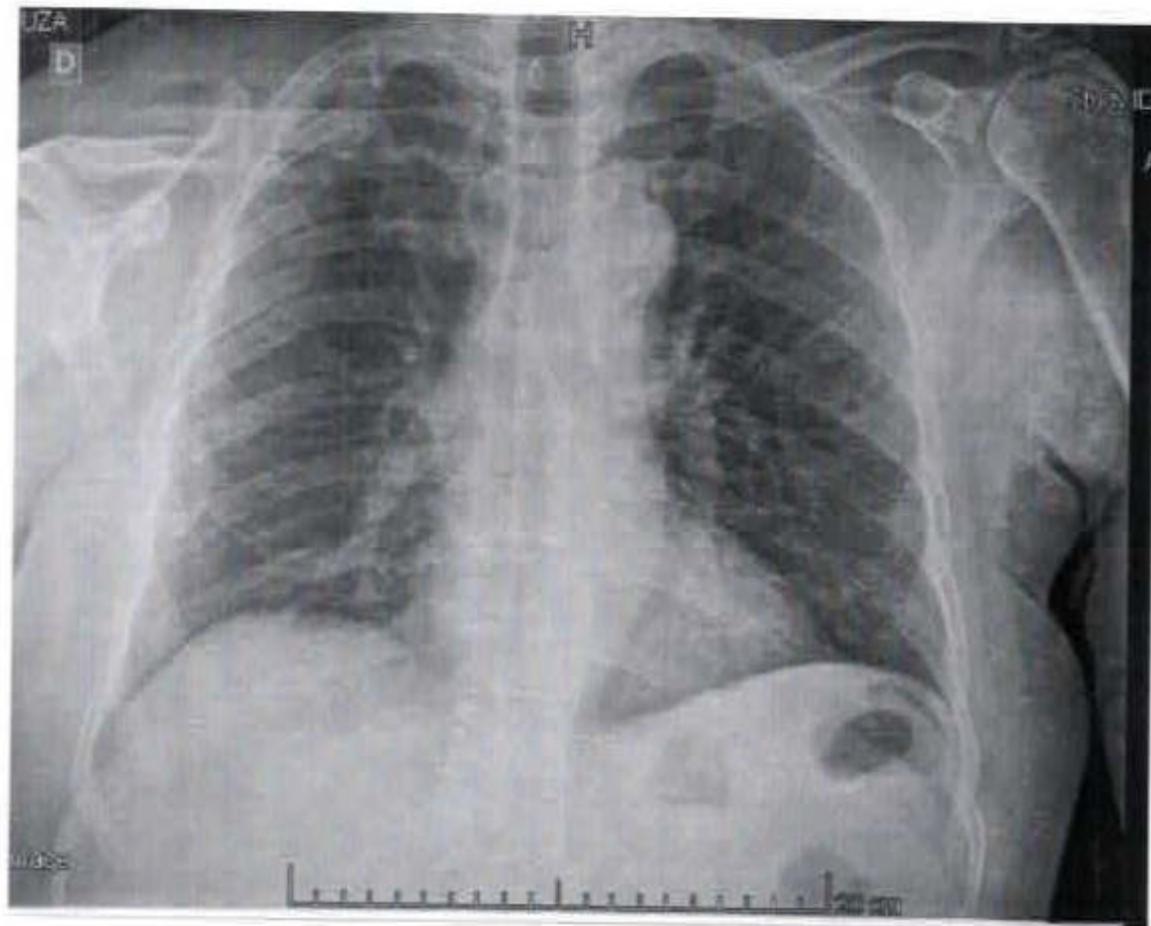
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
www.traçãocorretora.com.br



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 951 774

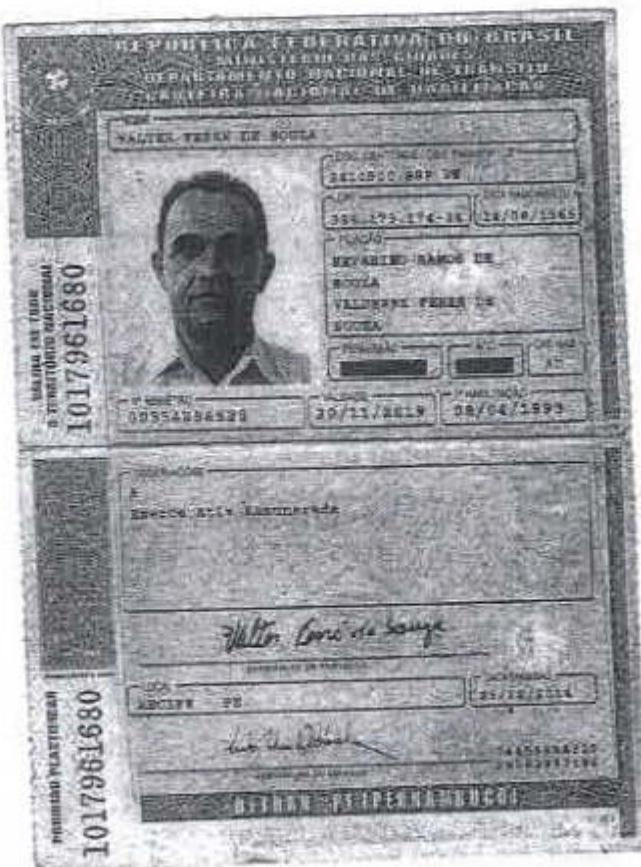
Rua da Aurora, 10 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.163-016
RJ/FER.PI



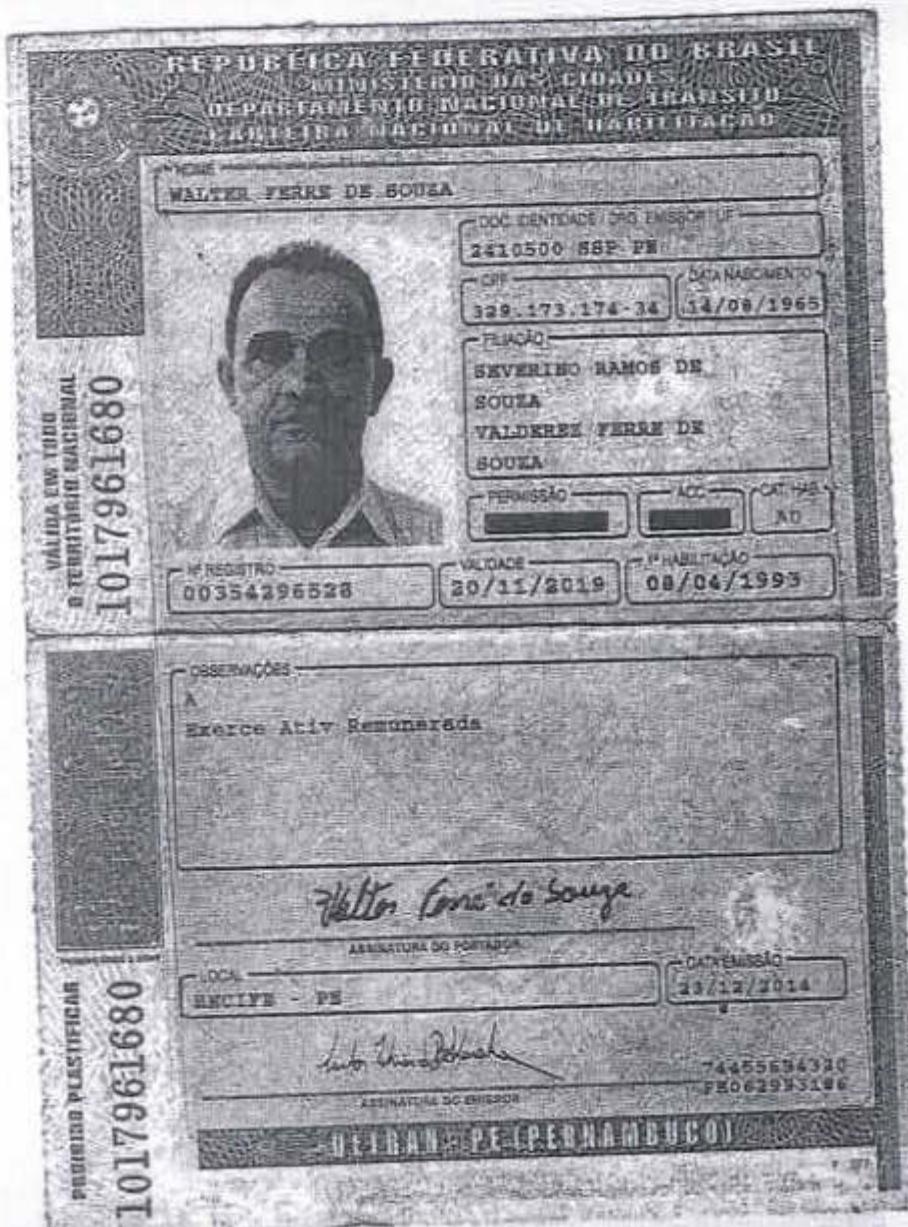
05.802.494/0001-41
TRIACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Rua da Aurora, 10 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
50001-020



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETIVA
DE SEGURANÇA
12.017.3
Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
MCEB-46



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2014

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

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGUNDO DPVAT

PE N° 014807205206 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MAGNUS FERREIRA DE CASTRO SOUZA
RUA 55555555 A OITO 185 53409-135
CASA JD. PAULISTA PAULISTA-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradorlider.com.br

SAC DPVAT 0800 0271204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 18/05/19

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	071.237.824-37	POW3325
SEGURANÇA	MARCA / MODELO	
230400270	HONDA / SHC150 DIAOS MILK KG	
ANO FAB.	CPF / CNPJ	
2010	5C2XK0520AR005784	

PRÉMIO TARIFÁRIO

VALOR	DEPARTAMENTO	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36,05	4.01	40,06
VALOR DE COBERTURA	VALOR DE COBERTURA	DATA DE VENCIMENTO
4,15	0,32	04/06/2015
VALOR DE COBERTURA	VALOR DE COBERTURA	DATA DE QUATROGAL
X (comum)	INATIVO	19/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0800 0271204 / 0800 0271204

EXCELENTES E INVESTIMENTOS DE SEGURO
SÓ SÃO BONS SE ESTIVEREM COM SEU CATÁLOGO.

12.517.709
802.494/0001-41
AÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 375, 51.900-000
Boa Vista - CEP: 50.060-010
55137-07

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528937 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALTER FERRE DE SOUZA **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA E DE TRÊS ARCOS COSTAIS À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528937 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALTER FERRE DE SOUZA **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA E DE TRÊS ARCOS COSTAIS À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Walter Ferreira de Souza
RG/CNH/CTPS: 2430500 SSPA CPF: 329.373.374-34

End: Rua Dossente e Pita 185-A
Jardim Paulista - Paulista - PE

NATUREZA: imóvel

DATA DO SINISTRO: 28/07/2019

Outorgado: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA.
RG/CNH/CTPS: 8317129 SDS/PE CPF: 076.711.374-80

End PRAÇA FERNANDES VIEIRA, 21-B, JARDIM ATLANTICO, OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao
SEGURO DPVAT, que figura como vítima:

Walter Ferreira de Souza
CPF: 329.373.374-34

Olinda, 04 de Setembro de 2019

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

15 Cartório de Notas de Olinda
Reconheci por autenticidade a(s) firma(s) assinada(s) na minha presença de

WALTER FERREIRA SOUZA
Olinda, 04 de setembro de 2019, 13:40:23

End.: Rua 23, 39 - 156 - R\$ 1,52 - Total: R\$ 7,91
Válido somente com o selo 0073302-A200201902.0000
Consulte autenticidade na www.tjpe.mt.br/autenticidade



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12/09/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
www.tjpe.mt.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316414/19

Número do Sinistro: 3190528937

Vítima: WALTER FERRE DE SOUZA

CPF: 329.173.174-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: WALTER FERRE DE SOUZA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 18/09/2019

Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

CPF: 076.711.374-80

Data do cadastramento: 18/09/2019

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316414/19

Número do Sinistro: 3190528937

Vítima: WALTER FERRE DE SOUZA

CPF: 329.173.174-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: WALTER FERRE DE SOUZA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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 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: 07/10/2019
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Steffany Caroliny Lins Veloso

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, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528937

Vítima: WALTER FERRE DE SOUZA

Data do Acidente: 28/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WALTER FERRE DE SOUZA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528937

Vítima: WALTER FERRE DE SOUZA

Data do Acidente: 28/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WALTER FERRE DE SOUZA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável.
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
329.173.174-34 *Walter Túlio de Souza*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:
Walter Túlio de Souza
6 - CPF: 329.173.174-34
7 - Profissão:
autônomo 8 - Endereço:
Rua Sessenta e sete
9 - Número: 10 - Complemento:
85 A
11 - Bairro:
Jardim Paulista
12 - Idade:
70
13 - Estado: 14 - CEP: 53409-135
15 - E-mail: 16 - Telefones: (33) 3011-3224

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Sómente para um banco abaixo. Ativite uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (841)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
 Santander

AGÊNCIA: CONTA:
(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 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.

Pelo motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento de anállas do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 35, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 34 - 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 nascituro (valésculo)? Sim Não 31 - Vítima teve imóveis? Sim Não 32 - Se tinha imóveis, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

40 - Local e Data: *Blumenau - SC*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decedente):
Walter Túlio de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FP5.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

202.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

43 - Assinatura do Procurador (se houver):
12 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.065-010

REC/EP

TESTEMUNHAS



W
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE IBURA

101 CIRCUNSCRICAO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 010^o CIRCUNSCRICAO - IBURA - DP10^oCIRC DIM/3^oDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0100001880

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/09/2019** às **11:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 28/7/2019 às 07:15

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 01, BR 101, EM FRENTE A COCA-COLA, SENTIDO NORTE** - Bairro: **PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

05.802.494/0001-41
THACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 SET 2019
Rua da Aurora, 10175, 51.502-810
Boa Vista - CEP: 50.060-010
M/F-5-10

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

BURACOS NA VIA (AUTOR / AGENTE)
WAGNER FERRE DE CASTRO SOUZA (OUTRO)
WALTER FERRE DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WALTER FERRE DE SOUZA

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

WALTER FERRE DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mês: **VALDEREZ FERRE DE SOUZA**
Pa: **SEVERINO RAMOS DE SOUZA** Data de Nascimento: **14/8/1965** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2410500/65P/PE (RG), 32917317434 (CPF)** Profissão: **PORTEIRO**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 185, RUA 68, JARDIM PAULISTA BAIXO, PAULISTA. - CEP: 55000-600** - Bairro: **JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

BURACOS NA VIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

WAGNER FERRE DE CASTRO SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA PLACA NXW3325 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WAGNER FERRE DE CASTRO SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WALTER FERRE DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXW3325** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **230409270** Chassi: **9C2KD0520AR069784**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P A PESSOA WALTER FERRE DE SOUZA PARA NOTICIAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO TRAFEGAVA NA BR 101 SENTIDO NORTE PRÓXIMO A COCA COLA. NA OCASIÃO HAVIA UM BURACO NA VIA E ESTE CAIU NESTE VENDO A SOFRER FRATURAS NA CRAVÍCULA E COSTELAS. FOI SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA A UPA DO IBURA REGISTRO N° 242395. PRESTOU ESTE B.O. NO INTUITO DE DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

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

Walter Ferre de Souza

WALTER FERRE DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARCOS ANDRE DE SANTANA - Matrícula: 319799-9

DELEGACIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DO IBURA
10^ª CIRCUNSCRICAO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Bela Vista - CEP: 50.065-010
Recife - PE



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IBURA

10º CIRCUÍTO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 010º CIRCUÍTO - IBURA - DP10ºCIRC DIM/3ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0100001880

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/09/2019** às **11:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/7/2019** às **07:15**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 01, BR 101, EM FRENTE A COCA-COLA, SENTIDO NORTE** - Bairro: **PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

BURACOS NA VIA (AUTOR / AGENTE)
WAGNER FERRE DE CASTRO SOUZA (OUTRO)
WALTER FERRE DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WALTER FERRE DE SOUZA

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

WALTER FERRE DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDEREZ FERRE DE SOUZA**
Pai: **SEVERINO RAMOS DE SOUZA** Data de Nascimento: **14/8/1965** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **2410500/SSP/PE (RG)**, **32917317434 (CPF)** Profissão: **PORTEIRO**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 185, RUA 68, JARDIM PAULISTA BAIXO, PAULISTA. - CEP: 55000-060 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

BURACOS NA VIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

WAGNER FERRE DE CASTRO SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA PLACA NXW3325 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WAGNER FERRE DE CASTRO SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WALTER FERRE DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXW3325** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **236409270** Chassi: **9C2KD0520AR069784**

05.802.494/0001-41
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18.01.2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

09/09/2019 11:39

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P A PESSOA WALTER FERRE DE SOUZA PARA NOTICIAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO TRAFEGAVA NA BR 101 SENTIDO NORTE PRÓXIMO A COCA COLA. NA OCASIÃO HAVIA UM BURACO NA VIA E ESTE CAIU NESTE VENDO A SOFRER FRATURAS NA CRAVÍCULA E COSTELAS. FOI SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA A UPA DO IBURA REGISTRO N° 242395. PRESTOU ESTE B.O. NO INTUITO DE DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

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

Walter Ferre de Souza

WALTER FERRE DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARCOS ANDRE DE SANTANA - Matrícula: 319789-9

DELEGACIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE IBURA
10º CIRCUITO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18.01.2019
Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



3190185

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE IBURA
10 CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 010^ª CIRCUNSCRIÇÃO - IBURA - DP10^ªCIRC DIM/3^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0100001880

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/09/2019** às **11:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/7/2019** às **07:15**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 01, BR 101, EM FRENTE A COCA-COLA, SENTIDO NORTE** - Bairro: **PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

BURACOS NA VIA (AUTOR / AGENTE)
WAGNER FERRE DE CASTRO SOUZA (OUTRO)
WALTER FERRE DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **WALTER FERRE DE SOUZA**

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

WALTER FERRE DE SOUZA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mês: **VALDEREZ FERRE DE SOUZA**
Pai: **SEVERINO RAMOS DE SOUZA** Data de Nascimento: **14/8/1965** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2410500/SSP/PE (RG) 32917317434 (CPF)** Profissão: **PORTEIRO**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 185, RUA 68, JARDIM PAULISTA BAIXO, PAULISTA. - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

BURACOS NA VIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

WAGNER FERRE DE CASTRO SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

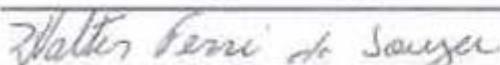
MOTOCICLETA PLACA NXW3325 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WAGNER FERRE DE CASTRO SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WALTER FERRE DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXW3325** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **230409270** Chassi: **9C2KD0520AR069784**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P A PESSOA WALTER FERRE DE SOUZA PARA NOTICIAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO TRAFEGAVA NA BR 101 SENTIDO NORTE PRÓXIMO A COCA COLA. NA OCASIÃO HAVIA UM BURACO NA VIA E ESTE CAIU NESTE VENDO A SOFRER FRATURAS NA CRAVÍCULA E COSTELAS. FOI SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA A UPA DO IBURA REGISTRO Nº 242395. PRESTOU ESTE B.O. NO INTUITO DE DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

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



WALTER FERRE DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCOS ANDRE DE SANTANA** - Matrícula: 319789-9

DELEGACIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE IBURA
10º CIRCUITO CRIMINAL

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
329.173.174-34 *Walter Túlio de Souza*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:
Walter Túlio de Souza
6 - CPF: 329.173.174-34
7 - Profissão:
autônomo 8 - Endereço:
Rua Sessenta e sete
9 - Número: 10 - Complemento:
85 A
11 - Bairro:
Jardim Paulista
12 - Idade:
70
13 - Estado: 14 - CEP: 53409-135
15 - E-mail: 16 - Telefones: (33) 3011-3224

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Sómente para um banco abaixo. Ativite uma opção)

Bradesco (237) Itaú (841)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: CONTA CORRENTE (apenas os bancos)

Name do BANCO:
 Santander

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

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 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.

Pelo motivo acima mencionado, solicito o prosseguimento de anállas do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 35, §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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 34 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Irmão(a) Neta(neto) Navegante (vôo/vôo) Neta(neto) 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: Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (valésculo)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

40 - Local e Data: *Blumenau - SC*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decedente):
Walter Túlio de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FP5.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

202.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

43 - Assinatura do Procurador (se houver):
12 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.065-010

REC/EP

TESTEMUNHAS

Nome: WALTER FERRER DE SOUZA
 Dt. Nasc.: 14/08/65 - 53 ano (s)
 Mãe:
 Endereço: nº , -
 Data/hora: 28/07/2019 - 07:56

Nº registro: 242395
 Sexo: Masculino
 Fone:

Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 26/07/2019 - ANDREINA RODRIGUES

SENHA: BS002

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
 Especialidade: CLÍNICA MÉDICA
 Encaminhado Para: SALA AMARELA - CLÍNICA MÉDICA

ANAMSE ENFERMAGEM

ALERGIA:

QUEIXA PRINCIPAL:

- ACIDENTE DE MOTO

- Dor HSS - Dor Torácico - Trauma

TRAZIDO PELOS SOMBEIROS COM HISTÓRIA DE DOR TORÁCICA À INSPIRAÇÃO + DOR EM OMBRO D APÓS Queda DE MOTOCYCLETA HÁ 40 MIN.

NEGA VOMITOS E DESMAIO.

TAZAS VERIFICADAS - PODE ATENDIDO DIRETAMENTE NA SALA AMARELA

EXAME FÍSICO:

PA: | Temperatura:
 HGT: | Sat O2: | FC: | Peso: | Altura:

OBSEVAÇÕES:

AP: E27
 CB LUCIANO + CB RENATA + SD EVANILDO
 FAVOR REFERENCIAR ORTOPEDISTA

Dr.º ANDREINA RODRIGUES SANTOS
 COREN: 8718

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12/07/2019

Rua da Aurora, 1075, 5º andar
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RJ 22700-000

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/06/2001.
 Assinado pelo(a) Dr.º ANDREINA RODRIGUES SANTOS. Data e Hora: 28/07/2019 07:59:03.

Prá Vida no Itajai, s/n, Ipirá CEP: 51320-160 - Rio Claro/PR
 Contato: (81) 3184-4616

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: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALTER FERRE DE SOUZA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04039

CONTA: 00001007898-3

Nr. da Autenticação EA85E6CC25490B9B

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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[®] 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Walter Fernandes Maia Supervelha

inscrito (a) no CPF/CNPJ 070.711.371 / 80 na qualidade de Procurador (x) / Intermediário (a) do Beneficiário

Walter Fernandes Maia inscrito (a) no CPF sob o Nº 329.173.174 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Walter Fernandes Maia

inscrito (a) no CPF sob o Nº 329.173.174 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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.

Enderço:	<u>Av. Fernandes Vieira</u>	Número:	<u>21</u>	Complemento:	<u>B</u>	
Bairro:	<u>Jd. Atlântico</u>	Cidade:	<u>Blumenau</u>	Estado:	<u>PE</u>	
Email:	<u>WRA55ESSO.RIA.PENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>				CEP:	<u>53140-300</u>
					Tel. (DDD):	<u>(41) 3011-3224</u>

Local e Data: Blumenau, 11.09.2019



Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LIDER

12 SET 2019