

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 0271206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/biblioteca/web/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 COAF¹.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e seguro de vida.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as denúncias suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 613/08.

Pelo exposto, eu, Joaquim Carneiro de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Genaro da Silva Pereira inscrito
(a) no CPF sob o nº 702.194.534 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da vítima
Genaro da Silva Pereira inscrito (a) no CPF sob o nº 702.194.534 / 54 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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.

Endereço		Número	Complemento
Rua Duque de Caxias		170	B
Bairro	Centro	Estado	CEP
	Goiana	PE	55900-000
E-mail		Telefone celular (DDD)	
carneiroja.goiama@gmail.com		(31) 9.9808-6287	

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2019

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

Goiana 11 de junho de 2018

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2019

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



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria Jose dos Santos Lima,
RG: 8.635.909, data de expedição 21/08/2008
Órgão SAS, portador do CPF 087.576.024-41 com
domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Rua 30, nº 91.

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima João Antonio de Menezes,
cujo o conduto era João Antonio de Menezes.

Veículo: Moto

Modelo: Honda / CG 150 FAN ESPI


Ano: 2014

Placa: OYZ 7863

Chassi: GC2KC1680ER516621

Data do Acidente: Bezerros - 14/12/2016

Local e data do cartório: Bezerros - 25 JAN. 2017

Maria Jose dos Santos Lima  2º Cartório
Assinatura do Declarante

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

05.802.494/0001
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITDA

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

23 MAIO 2017
TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 02 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1102
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião - OAB/PE 175.519/02 BL. C
Rua da Aurora, Nº 175, 5º andar - Bezerros - PE - 54101-201
Reconheço a firma de MARIA JOSE DOS SANTOS LIMA CPF 087.576.024-41 em 23/05/2017 14:41:06
Em testemunho Maurício José de Vasconcelos Tabelião - OAB/PE 175.519/02 BL. C
Firmado José de Vasconcelos - Tabelião
Selo Digital N. 0077727-1561220160101896
Consulte autenticidade em www.tps.jus.br/selodigital
Custas R\$ 3,80
FGR R\$ 0,70
Total R\$ 4,50



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria Jose dos Santos Lima,

RG: 8.635.909, data de expedição 21/08/2008

Órgão SDS, portador do CPF 087.576.024-41 com

domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua 30, nº 91.

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima João Antonio de Menezes, cujo o conduto era João Antonio de Menezes.

Veículo: Moto.

Modelo: Honda / CG 150 FAN ESPI

Ano: 2014.

Placa: 01Z 7863

Chassi: 9C2KC1680ER516621.

Data do Acidente: Bezerros 25/12/2016.

Local e data do cartório: 25 JAN. 2017

Maria Jose dos Santos Lima

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2017

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

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 52 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (51) 3728-1182
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 25/01/2017 14:41:00
MARIA JOSE DOS SANTOS LIMA, CPF 087.576.024-41
Em testemunho _____ Custas R\$ 1,00
TNR R\$ 0,78
Maurício José de Vasconcelos - Constituinte Total R\$ _____
Selo Digital N. 00777274061220180101838
Consulte autenticidade em www.tpe.pe.br/selodigital



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Maria Jose dos Santos Lima,

RG: 8.635.909, data de expedição 21/08/2008

Órgão SDS, portador do CPF 087.576.024-41, com

domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua 30, nº 91.

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima João Antonio de Menezes, cujo o conduto era João Antonio de Menezes.

Veículo: Moto

Modelo: Honda / CG 150 FAN ESPI

Ano: 2014

Placa: 01Z 7863

Chassi: GC2KC1680ER516621

Data do Acidente: Bezerros - 14/12/2016

Local e data do cartório: Bezerros - 25 JAN. 2017

Maria Jose dos Santos Lima

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1182
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 25/01/2017 14:41:06
MÁRIA JOSE DOS SANTOS LIMA
Em testemunho _____ Custas R\$ 3,88
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Total R\$ 0,78
Selo Digital N. 00777271651220180101806
Consulte autenticidade em: www.jus.br/selodigital



05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2014

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

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2014
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Hora de atendimento:

20:42



Nome: João Antonio de Menezes

Profissão: _____

Sexo: _____

Data 11 / 12 / 16

Estado civil: _____

Idade: 41 anos

Filiação: Ozite Maria de Conceição

e _____

Endereço: R. Nereia Santos de Albuquerque

Enfermeira: Rafaela

Médico: Dr. João

Relato do paciente atual: _____

Pressão arterial: _____

Pulso: _____

Temp.: _____

Diagnóstico provisório: _____

Conduta: _____

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

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

Hora da liberação: _____

Assinatura

Dr. João Sérgio A. Farias
Médico
CREMEPE: 22450



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizeram necessário que o
Sr.(a) João Antônio de Menezes
Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia 11/12/2016 a 13/12/2016

Registro Hospitalar: 212386

Diagnóstico: Fratura dos Dedos

Tratamento: Cirúrgico.

OBS: Vítima de Acidente de Transito.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

000724 97510260 27
FUSAM - Hospital Regional
do Agreste
BR 234, Km 130
Indianópolis - PE 55000-000
Caruaru - PE

Caruaru 02 de Maio 2017
Alexsandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Matrícula 12450
Setor de Arquivo(SAME)

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

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

À LIDER

CPF : 067.795.014-41

DE : JOAO ANTONIO DE MENEZES

ASSUNTO: ATO DECLARATORIO

(EXIGENCIA)

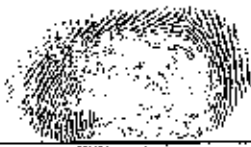
Prezado(a)s,

Em atendimento a Vossa exigência, venho por meio desta informar que, na data do sinistro, qual seja, o dia 11/12/2016, sofri um acidente de trânsito fui SOCORRIDO POR POPULARES que mim levaram ATE a UNIDADE MISTA OLÍLIA MENDONÇA SOUTO MAIOR por onde passei pelos primeiros procedimentos, depois fui transferido para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, motivo pelo qual não é possível apresentar o ATO DECLARATORIO, exigido por esta conceituada Seguradora. Ademais, o BAM (Boletim do 1º Atendimento Médico) do já mencionado Hospital., informa claramente a Queixa Principal "APÓS ACIDENTE DE MOTO, além de conter o (s) EXAME(S) REALIZADO(S), DIAGNÓSTICO(S), CONDUTA(S) MÉDICA(S), E MÉDICO RESPONSÁVEL, inclusive com a assinatura do mesmo e carimbo. Por isto, comunico que não possuo outra documentação e, caso esta seguradora entenda necessário, que seja realizada auditoria para a confirmação da veracidade do aqui relatado, sob pena de termos que tomar as medidas judiciais cabíveis.

Diante deste quadro, coloco-me também à disposição para a realização de eventual pericia, por uma junta médica de Vossa competência.

Sem mais, fico no aguardo

SAIRE (PE), 17 de ABRIL de 2017



Vítima: JOAO ANTONIO DE MENESES

CPF: 067.795.014-41

05.802.494/0001-11
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
per-ef-cc



SAIRE
Uma Nova História

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Hora de atendimento:

20:42

Nome: João Antonio de Meneses

Profissão:

Sexo:

Data 11/12/16

Estado civil:

Idade: 41 anos

Filiação: Ozite Maria da Conceição

Endereço: R. Noemia Stas de Albuquerque

Enfermeira: Rafaela

Médico: Dr. João

Relato do paciente atual:

Pressão arterial:

Pulso:

Temp.:

Diagnóstico provisório:

Conduta:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 R. 1111 7-1

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

Hora da liberação:

Assinatura

Dr. João Sérgio A. F. Lima
Médico
CRM-PE: 22.534

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



Relatório / Exames

Rel. Geral

Paciente vítima de acidente de moto na
R. 50, 1112, caindo com dor torção na
direita. Nega perda da consciência ou vomito.
Nega drogas.

AO exam: A - vias aéreas livres
B - MVB M RA
C - RER - 250 bpm
D - Glicose 15
E - FC na pele

Col. Rx de tórax + Rx de pelve
- Av. de CBNF - Av. de Integridade

Jéssica Santos
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/SE 4731

Assinatura de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

SR. Soraia

RG:

Tel.:

SR. Soraia

[Assinatura]
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/SE 4731

Assinatura

Realização de Procedimento

() Paciente () Familiar

RG:

Tel.:

Procedimento:

Tel.:

Procedimento:

Assinatura

Definitivo:

Nome do Paciente

Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

Transferência: () Internamento

05.802.494/0001-41

Local de Alta

TRAIÇÃO CORRETORA

Estado () Melhorado () Inalterado () Óbito

18 JUN 2013

Hora:

Médico:

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C CRM/SE

Rua Vista - CEP: 50.000-000

2016 11:49:14 PM

±2

Usuário do Atendimento
LUCIANAAP



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

242741

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Arraona x Monares

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

212386

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81918100239241124182

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/07/75

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 2

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Osilda Maria da Conceição

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Venâncio Santos Albuquerque N.º 36 B.º Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SAIPE - PE

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Refere-se a um caso de 2.º grau de joelho direito nos últimos 90 dias. Politrax 0415030013

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

— caso de 2.º grau de joelho direito. * Trat. - 0408020559

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

— R + ANA. * Sutura - 0413040178

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Joelho 2.º grau - Perda de extensão e dor

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cirúrgico

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Nº DO ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INT.

10SP11

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

261610735586-2

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JOÃO ANTONIO DE MENEZES

Nº do Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do Leito:

Operador: LEONARDO LAMEJO

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiista:

Anestesia: RAQUÍ

Duração:

Data da Operação: 12/12/16

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

TUMORATO EXTENSO COXA (D) F

Diagnóstico Pós-Operatório:

TCC em Plaque exposto 2.0x2.0

Operação Proposta:

Operação Realizada:

HC + SUTURA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Paciente em decúbito sup. Anestesia
- ② Antissepsia e antiespasmódica
- ③ Aposição de Campos
- ④ Lavagem extensiva CI 80% e desinfecção
- ⑤ Sutura dos ferimentos CI Nylon
- ⑥ Não foi feita a fixação do TCC por falta de fio de K
- ⑦ Curativo

05.892.494/0001-41
 TRACSEGURO S.A.
 DE SEGUROS LTDA
 Rua da Aurora, nº 275, SL 902 BL. E
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

Dr. Leonardo Lamejo
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 13783 - RCP 1153

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO 283415

PACIENTE: 10055 Antonio de Menezes

REGISTRO Nº 212386

SALA CIRÚRGICA Nº 02

CIRURGIA: tratamento cirúrgico de ferimento extenso DATA 12/12/16

ANESTESIA: Raqui + sedação CIRURGIÃO: Dr. Leonardo Canêjo

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<u>1X</u>	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina			<u>01</u>	Agulha para Raqui <u>25</u>	<u>1</u>	
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
<u>02</u>	Cefazolina 1g	<u>L</u>		<u>02</u>	Atadura Crepom <u>18cm</u>	<u>5</u>	
	Clonidina			<u>01</u>	Cateter para Oxigênio	<u>1</u>	
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<u>02</u>	Dipirona	<u>L</u>			Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<u>05</u>	Eletrodo p/ Monitorização	<u>1</u>	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<u>15</u>	Soro Fisiológico	<u>1218</u>		<u>04</u>	Fio de Nylon <u>3.0</u>	<u>1</u>	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<u>10</u>	Gase 7,5x7,5	<u>10</u>	
<u>02</u>	Tenoxicam	<u>L</u>		<u>01</u>	Lâmina de Bisturi <u>2ul</u>	<u>1</u>	
<u>01</u>	<u>Dantrol</u>	<u>1</u>		<u>01</u>	Luvas Estéreis 7,0	<u>1</u>	
<u>01</u>	<u>Midazolam</u>	<u>1</u>		<u>02</u>	Luvas Estéreis 7,5	<u>2</u>	
<u>04</u>	<u>Bupivacaína</u>	<u>1</u>		<u>01</u>	Luvas Estéreis 8,0	<u>1</u>	
				<u>02</u>	Seringa 5ml	<u>2</u>	
				<u>02</u>	Seringa 10ml	<u>2</u>	
					Seringa 20ml		
					Sonda de Folev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
				<u>1X</u>	<u>Clavexina 100mg</u>		
				<u>1X</u>	<u>Alcool 70%</u>		
				<u>1X</u>	<u>Ureteral</u>		
				<u>02</u>	<u>compressas 5</u>	<u>2</u>	
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Leonardo Canêjo

Ortopedia - Traumatologia

CRM 11783 - TEOT 11153

Assinatura do Cirurgião

Martha Elizabeth

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

PACIENTE: João Antonio de Mello 41

PRONTUÁRIO: _____

DATA: 11/12/16 HORA: 2200

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Acidente motor, paciente
alcooleiro, queixa-se de dor e compressão
pelvica

HD - Fratura Pelvica ?

HOSPITAL REFERENCIADO: HRA

SENHA AUTORIZADA: 5060 720

ASS. / CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR: _____

Dr. Paulo Roberto T. Silva
CREMEPE 24452

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/12/16

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

www.tracao.com.br

OBS.: A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.

ORT

Dr. Jose Siquiera Filho
Cirurgia Bucal



SAIRE
Sistema de Atendimento Integrado

Hora de atendimento:

20:42

Nome: João Antonio de Menezes

Profissão:

Sexo:

Data 11/12/16

Estado civil:

Idade: 41 anos

Filiação: Ozilton Maria de Conceição

Endereço: R. Narmia Stas de Albuquerque

Enfermeira: Rafaela

Médico: Dr. João

Relato do paciente atual:

Pressão arterial:

Pulso:

Temp.:

Diagnóstico provisório:

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2017

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

05.802.494/0001-41
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

Condição:

Hora da liberação:

Assinatura

Dr. João Sérgio A. Faria
Médico
CRM-PE: 27438

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



Colucao / Exames

Ex. Geral

Paciente vítima de acidente de moto na
R-30, 11/12, caindo com do tórax a
direita. Não perde da consciência ou vomita.
Não claudica.

AO exam: A - vias aéreas livres

B - MMS M RA

C - RER - 20 l/min

D - Gargalho

E - PA na per.

Car: Rx de tórax + Rx de pelve

- Av. de CBNF - Av. de J. J. J. J.

Jéssica Santos
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRMSE 4731

no de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

RG: 5250001

RG:

Tel.:

Assinatura

Assinatura

orização de Procedimento

() Paciente () Familiar

RG:

RG:

Tel.:

Tel.:

Procedimento:

Assinatura

Definitivo:

no do Paciente

Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

Transferência: () Internamento

Estado de Alta

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Hora:

Médico:

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C CRM:

Rua Vista - CEP: 50.060-010

2016 11:49:14 PM

2

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

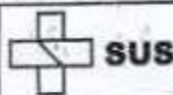
14 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Rua Vista - CEP: 50.060-010

Usuario do Atendimento

LUCIANAAP



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

242741

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOAO ARRONO x Menezes

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

212386

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819181002239241191482

6 - DATA DE NASCIMENTO

21/07/75

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

OSalc Maria da Conceição

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Venâncio Santo Albuquerque N. 36 B. Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SAIR-PE

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Depois de um em 2º ano de
jovens nascido nos Asinore
90 anos Polt... 04150300/3

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

ano

Ass 22/12/19260

* Sutura ext - 0413040178

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Rua Vitor - CEP 52.060-010

ve +

ANALISE

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TRUSS 2º ano, Pericardite EXTERNA E per

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRUSS CERVICAL

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSIS

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

M. NOZUEIRO FERREIRA 12/12/16

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRI

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INT

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

261610735586-2

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade da Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nº do Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do Leito:

Operador: LEONARDO LINS

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: RAONI

Duração:

Data da Operação: 12/12/16

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

fractura extensa LOMBA (D) F

Diagnóstico Pós-Operatório:

Lado em fratura exposta L-6/7

Operação Proposta:

Operação Realizada:

LC + SUTURA

05.802.494/0001-41

TRATAMENTO CORRETIVO
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Paciente em decúbito dorsal Anestesia

② Assépsia e antissépsia

③ Aposição de Campos

④ Lavagem extensiva c/ 80% e desbridamento

⑤ Detecção de fratura

⑥ Sutura dos tendões c/ Nylon

⑦ Não foi feita a fixação do LOMBA por

falta de fio de K

⑧ Curativo

05.802.494/0001-41

TRATAMENTO CORRETIVO

DE SEGUROS LTDA

14 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

RECIFE-PE

Dr. Leonardo Lins
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12735 - RCD 1133

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO *283415*

PACIENTE: *João Antonio de Menezes* REGISTRO Nº *212386*
 SALA CIRÚRGICA Nº *02* DATA *12/12/16*
 CIRURGIÃO: *Dr. Leonardo Canje*
 ANESTESIA: *Raqui + sedação* ANESTESIOLOGISTA: *Dr. Raoni*

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>TX</i>	Oxigênio				Aguilha Descartável		
	Água Destilada				Aguilha para Pendura		
	Atropina			<i>01</i>	Aguilha para Raqui <i>25</i>	<i>1</i>	
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
<i>02</i>	Cefazolina 1g	<i>L</i>		<i>02</i>	Atadura Crepom <i>18cm</i>	<i>5</i>	
	Clonidina			<i>01</i>	Cateter para Oxigênio	<i>1</i>	
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<i>02</i>	Dipirona	<i>L</i>			Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<i>05</i>	Eletrodo p/ Monitorização	<i>1</i>	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<i>15</i>	Soro Fisiológico	<i>1250</i>		<i>04</i>	Fio de Nylon <i>3.0</i>	<i>4</i>	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<i>10</i>	Gase 7,5x7,5	<i>10</i>	
<i>02</i>	Tenoxicam	<i>L</i>		<i>01</i>	Lâmina de Bisturi <i>24</i>	<i>1</i>	
<i>01</i>	<i>Tentamil</i>	<i>1</i>		<i>01</i>	Luvas Estéreis 7,0	<i>1</i>	
<i>01</i>	<i>Medetolam</i>	<i>1</i>		<i>06</i>	Luvas Estéreis 7,5	<i>L</i>	
<i>04</i>	<i>Bupivacaína</i>	<i>1</i>		<i>01</i>	Luvas Estéreis 8,0	<i>1</i>	
				<i>02</i>	Seringa 5ml	<i>L</i>	
				<i>02</i>	Seringa 10ml	<i>L</i>	
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foley		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
				<i>TX</i>	<i>Clavexina 100mg</i>		
				<i>TX</i>	<i>Alcool 70%</i>		
				<i>TX</i>	<i>Alparracho</i>		
				<i>02</i>	<i>Campanha 15</i>	<i>1</i>	
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Leonardo Canje
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 11783 - TEOT 11153
 Assinatura do Cirurgião

Marta Elizabete
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

PACIENTE: João Antonio de Melo 41

PRONTUÁRIO: _____

DATA: 11/12/16 HORA: 2200

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Acidente motor, paciente
alcooleiro, queixa-se de dor e compressão
pelvica

ND - Fratura Pelvica ?

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2016

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Rua Vitor - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

HOSPITAL REFERENCIADO: HRA

SENHA AUTORIZADA: 5060 720

ASS. / CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR: _____

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2016

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Rua Vitor - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

OBS.: A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.



LAVADO MÉDICO

Paciente JOÃO ANTÔNIO DE MENEZES, vítima de acidente de trânsito em 11/12/2016 seguido B.O de N° 17E0191000089

Sofreu EXTENSO FEMURATO DA COXA DIREITA, FRATURA TUBULAR DO 2.º QDD; Foi submetido a Tratamento cirúrgico / LAVAGEM EXTENSIVA DA COXA DIREITA + DEBRIDAMENTO + SUTURA DA COXA DIREITA + LIMPESSE + DEBRIDAMENTO + Fixação do 2.º QDD.

O mesmo sofre com sequelas de

- Deformar acastionalmente a coxa direita + 2 QDD

- Limitação dos movimentos + impotência funcional

Alta Substancial Definitiva

CMIO 562

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 172.676.334-04

05.802.494/0001-41
THAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

4 SET 2018

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

04/07/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

09R17

ANALFABETO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5384093 DATA DE EXPEDIÇÃO 24.06.1997

NOME JOÃO ANTONIO DE MENEZES

FILIAÇÃO Horácio Antonio da Menezes
Esita Maria da Conceição

NAT. RALIDADE Sairé PE DATA DE NASCIMENTO 21.07.1975

DOC. ORDEM C. Mass. nº 1.520 L.A. 01 F. 136 - Cartão de Sairé PE.

CPF 000.000.000-00

Boa Vista

LEI Nº 17.115 DE 23/08/83



CÓDIGO DE CONTROLE
B3D3.04CC.FDAD.1D17

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 16:38:37 de dia 19/12/2013 (hora e data de Brasília)
sigla verificadora: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.795.014-41

Nome
JOÃO ANTONIO DE MENEZES

Nascimento
21/07/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-070
PE - RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E LAZER - IUPIL

098-58



Geni Rufino Torres de Menezes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.532.548 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/12/2013

NOME << GENI RUFINO TORRES DE MENEZES >>

FILIAÇÃO << JOÃO JOSE DE TORRES >>
<< MARIA RUFINO DA SILVA >>

NATURALIDADE SAIRÉ - PE DATA DE NASCIMENTO 28/03/1990

D.E.O. ORIGEM << 077487 01 55 2012 2 00017 093 >>
0000733-22 SAIRÉ-PE >>

CPF 091.321.424-80

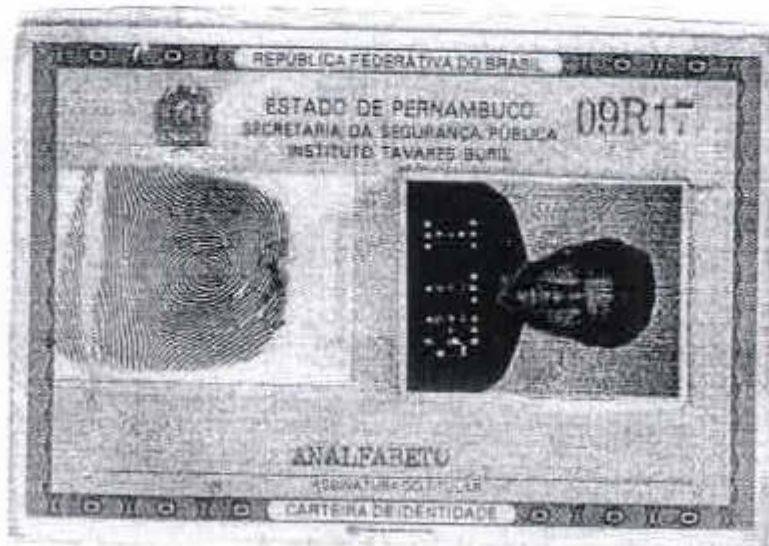
ASSINATURA DO TITULAR



05.802.494/0001-1
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2011

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



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

067.795.014-41

Nome

JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nascimento

21/07/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2011

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

PPF/ST-25

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.532.548 04/02/2013

<< GENI RUFINO TORRES DE MENEZES >>

<< JOÃO JOSÉ DE TORRES >>
<< MARIA RUFINO DA SILVA >>

SAIRÉ - PE 28/03/1990

<< 077487 55 2012 2 00017 093
0000733 22 SAIRÉ-PE >>

091.321.424-80

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ENFERMAGEM
EXATOS DE IDENTIFICAÇÃO

001-53

Geni Rufino Torres de Menezes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2013

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

09R17

ANALFABETO

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5384093 DATA DE EXPEDIÇÃO 24.04.1995

Nome JOÃO ANTONIO DE MENEZES

Placado Horacio Antonio de Menezes
esposa Maria da Conceição

NATURALIDADE Sairé PE DATA DE NASCIMENTO 21.07.1975

OUTRO REGISTRO GERAL nº 1.532 L.A. 01 F.1.16 - Car de Sairé PE.

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2014

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

14 JUL 2014
Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

067.795.014-41

Nome

JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nascimento

21/07/1976

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2009

Rua da Aurora, Nº 125, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 SET 2009
Rua da Aurora, Nº 125, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.532.548 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/02/2013

<< GENI RUFINO TORRES DE MENEZES >>

<< JOÃO JOSÉ DE TORRES >>
<< MARIA RUFINO DA SILVA >>

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SAIRE - PE 28/03/1990

0000733 22 SAIRE-PE >>>

091.321.424-80

F-53 90.715 - 9115

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA - 1ª SÉRIE

058-534

Geni Rufino Torres de Menezes

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 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
18 JUN 2013
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012237377180

1 998967279 ***** 2014

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA

BEZERRAS - PE

067.576.024-41 0Y27863

***** 9C2K61690ERS16621

HONDA/CG150 FAN E3DI

2014 2014

29/149CL

PARTIC

VERMELHA

IPVA 2016 QUITADO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

BEZERRAS - PE

06/06/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN - PE

SEGURO OBRIGATORIO DE
AUTOMOTORES DE VIAGEM
TRANSPORTE



0007

PE Nº 012237377180

WILSON DE SOUZA

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA

SEGURO OBRIGATORIO DE

TRANSPORTE

SEGURO OBRIGATORIO DE

TRANSPORTE

SEGURO OBRIGATORIO DE

TRANSPORTE

BEZERRAS - PE

2016

06/06/16

067.576.024-41

0Y27863

998967279

HONDA/CG150 FAN E3DI

2014

09

9C2K61690ERS16621

IPVA 2016 QUITADO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

BEZERRAS - PE

06/06/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN - PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

GETRAN - PE Nº 012237377180
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 998357212 ***** 2016

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA

BEZERROS - PE

087.576.024-41

0Y27863

***** 9C2KC1890ER516621

PAR MOTOCICLETA

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 2014

2P/149CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2016 QUITADO 1° *****

2° ***** 3° *****

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

BEZERROS - PE 06/06/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

REPRESENTANTE AUTORIZADO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES EM VIA PUBLICA, SEM CARGA, APESAR
DE TRANSPORTAR O FIANTE DO SEGURO DPVAT

PE Nº 012237377180 BIHETE DE SE

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA

ESSE É O SEU BIHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES DE SEGURO DE COBERTURA

www.dpvatseguro.com.br
SAC DPVAT 0800 012 120

BEZERROS - PE 2016 06/06/16

087.576.024-41 0Y27863

998357279 HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 09 9C2KC1890ER516621

PREMIO TARIFARIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ: 09.245.805/0001-01
www.segurodpvat.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BIHETE DPVAT
PARA O SEU PORTA-DOCUMENTOS

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2016

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012237377180
ENCERCADOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 998957273 2016

MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA

BEZERROS - PE

007.576.024-41

0727863

***** 9C2KC1680ERS16621

FAO MOTOCICLISTA

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 2014

2P/149CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2016 QUITADO 1 *****

2 *****

3 *****

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

BEZERROS - PE 06/06/16

Charles Anderson Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS RESGATOS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIAGEM INDISTINTA OU POSSUIR CAIXA APRESSADA
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE Nº 012237377180 BILHETE DE SE
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA

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

www.dpvatseguredotransito.com.br
SAO DPVAT 0800 022 1300

BEZERROS - PE 2016 06/06/

007.576.024-41 0727863

998957273 HONDA/CG150 FAN ESDI

2014 09 9C2KC1680ERS16621

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

BEZERROS - PE 06/06/16

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

DISP. 116.215.005.931

www.seguredotransito.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SINALHADO DE PORTA-CARTÃO

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 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

19 JUN 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180428339 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANTONIO DE MENEZES **Data do acidente:** 11/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO JOELHO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA E DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA E LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: MEMBRO INFERIOR DIREITO INDENIZADO COM 50% DE DANO NO PROCESSO 2014107909 - O TRAUMA NO JOELHO DIREITO SOFRIDO NO ACIDENTE EM QUESTÃO NÃO ULTRAPASSA O VALOR JÁ INDENIZADO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.

Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br



LIVRO: 264-P - FOLHA: 112

TRASLADO: 1º

PROCURAÇÃO bastante que faz: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES** na forma abaixo:

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade de Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG n.º 5384093-SSP/PE e inscrito no CPF/MF n.º 067.795.014-41, residente e domiciliado na RUA UM, N.º 36, LOTE VALE VERDE, COLAB, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, alfabetizada, agricultora, nascida em 28/03/1990, portadora da Cédula de Identidade RG. n.º 7.532.548-SDS/PE e inscrita no CPF/MF n.º 091.321.424-80, residente e domiciliada RUA SETE VALE VERDE, N.º 33, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais; apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo da outorgante por ser analfabeta que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patrícia de Melo, brasileira, portadora do RG. n.º 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF n.º 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. Emolumentos líquidos R\$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R\$ 12,91; FERC: R\$ 6,46. Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE MELO. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.ZHY02201702.01155. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.



Bezerros(PE), 06 de março de 2017.

Em testemunha da verdade.

Marinaldo José de Vasconcelos
Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto
05.802.45

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1
Boa Vista - CEP: 50.060-012

2º TABELIAO de NOTAS
Bezerros - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto



Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Maurício José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.

Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br

LIVRO: 264-P - FOLHA: 112

TRASLADO: 1º

PROCURAÇÃO bastante que faz: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES** na forma abaixo:

S A I B A M/ quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2.º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG n.º 5384093-SSP/PE e inscrito no CPF/MF n.º 067.795.014-41, residente e domiciliado na RUA/UM, N.º 36, LOTE VALE VERDE, COHAB, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, alfabetizada, agricultora, nascida em 28/03/1990, portadora da Cédula de Identidade RG. n.º 7.532.548-SDS/PE e inscrita no CPF/MF n.º 091.321.424-80, residente e domiciliada RUA SETE VALE VERDE, N.º 33, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo da outorgante por ser analfabeta que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patrícia de Melo, brasileira, portadora do RG. n.º 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF n.º 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. **Emolumentos líquidos R\$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R\$ 12,91; FERC: R\$ 6,46.** Eu, (n) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de março de 2017. (n) JANAINA PATRICIA DE MELO. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização apostos abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.ZHY02201702.01155**. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Rua da Aurora, nº 170, 3º andar - C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE/PE

Bezerros(PE), 06 de março de 2017.

Em testemunha da verdade.

Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto



TABELIATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (081) 3728-1182
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público



2º TABELIÃO de NOTAS
Bezerros - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto

Autenticacao de Documento.

06/03/2017 10:23:11

Confere com o original que se foi apresentado. Ego fe.

Marilda Vasconcelos Lima - Escrevente

Omitas R\$ 3,32

Selo Digital N.º 0077727.ZHY02201702.01155

TMR R\$ 0,66

Total R\$ 3,98

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Maurício José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br4/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 802 BL-62
Boa Vista - CEP: 50.060-010

LIVRO: 264-P - FOLHA: 112

TRÁSLADO: 1º

PROCURAÇÃO bastante que faz: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES** na forma abaixo:

S A I B A M/ quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2.º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG n.º 5384093-SSP/PE e inscrito no CPF/MF n.º 067.795.014-41, residente e domiciliado na RUA/UM, N.º 36, LOTE VALE VERDE, COHAB, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, alfabetizada, agricultora, nascida em 28/03/1990, portadora da Cédula de Identidade RG. n.º 7.532.548-SDS/PE e inscrita no CPF/MF n.º 091.321.424-80, residente e domiciliada RUA SETE VALE VERDE, N.º 33, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo da outorgante por ser analfabeta que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patricia de Melo, brasileira, portadora do RG. n.º 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF n.º 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. **Emolumentos líquidos R\$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R\$ 12,91; FERC: R\$ 6,46.** Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE MELO. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.ZHY02201702.01155**. Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.

Bezerros(PE), 06 de março de 2017.

Em testemunha da verdade.

Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto

TABELIÃO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (081) 3728-1182
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público2º TABELIÃO de NOTAS
Bezerros - PE
Marinaldo José de Vasconcelos
Substituto

Autenticação de Documento.

06/03/2017 10:23:11

Confere com o original que se foi apresentado. Dou fé.

Marilda Vasconcelos Lima - Escrevente

Gastos R\$ 3,32

Selo Digital H.0077727.ZHY02201702.01155

TBR R\$ 0,46

Total R\$ 3,98

Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

DOCUMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0337444/18

Número do Sinistro: 3180428339

Vítima: JOAO ANTONIO DE MENEZES

CPF: 067.795.014-41

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/12/2016

Titular do CPF: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

GENI RUFINO TORRES DE MENEZES : 091.321.424-80

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES
CPF: 091.321.424-80

GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Nº Sinistro: 3180428339

Vitima: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Data do Acidente: 11/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180428339**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13369461





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

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180428339 **Vítima: JOAO ANTONIO DE MENEZES**

Data do Acidente: 11/12/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Geni Rufino Torres de Menezes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 7.532.548 EXPEDIDO POR SDS EM 04/02/13 E
 CPF 09413241424-80 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recuso - Sr
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso - Sr NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Geni Rufino Torres de Menezes AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

05.802.494/0001-4
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

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

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

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

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Sairé 02 de Maio de 2017
 LOCAL E DATA

Geni Rufino Torres de Menezes
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

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

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 067.795.014-41	Nome completo da vítima João Antônio de Menezes
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Antônio de Menezes		CPF titular da conta 067.795.014-41		Profissão Desempregado	
Endereço Rua 10m		Número 36		Complemento Bairro Vale Verde	
Bairro Cobal	Cidade Sairé	Estado PE		CEP 55695-000	
Email				Telefone (DDD) 81-99668-4814	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome Bradesco		NRO. 237	
AGÊNCIA NRO. 2330		CONTA NRO. 631089		AGÊNCIA NRO. 2330		CONTA NRO. 631089	
D/V <input type="text"/>		D/V <input type="text"/>		D/V 5		D/V 3	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Sairé-PE 10 de outubro
Local e Data

05.802.494/0001-41
BRASCO COSETORETA
DE SEGUROS LTDA
09 NOV. 2017

João Antônio de Menezes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

09 NOV. 2017

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

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabellião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.

Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br



LIVRO Nº 245-E

FLS. 019

Traslado: 1º

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, ao primeiro (1º) dia do mês de setembro do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, agricultor, analfabeto, nascido em 21-07-1975, filho de Horacio Antonio de Menezes e de dona Osita Maria da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG. nº 5.384.093-SSP/PE, e do CPF/MF, nº 067.795.014-41, residente e domiciliado na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab - Sairé - PE. CEP: 55695-000, de passagem por esta cidade; reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo **Declarante**, falando sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o **Seguro DPVAT**, me foi declarado que é residente na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab - Sairé - PE. CEP: 55695-000, e não possui o laudo do Instituto Médico Legal - IML, pois não existe o mesmo em seu Município, declarando ainda, possuir conta no Banco Bradesco - Agência 2530-5, conta corrente de nº **631089-3**. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assina; dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro; ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do declarante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digital, assina Geni Rufino Torres de Menezes, brasileira, casada, agricultora, nascida em 28-03-1990, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.532.548-SDS/PE, e do CPF/MF, nº 091.321.424-80, residente e domiciliada na Rua Sete, nº 33, Vale Verde - na cidade de Sairé - PE.; dou fé. Emolumentos líquidos: R\$ 143,71; FERC: R\$ 15,97; TSNR: R\$ 31,94. Eu, (a) Mauricio José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitei, subscrevo e assino. Bezerros, 01 de setembro de 2017. (a) GENI RUFINO TORRES DE MENEZES, Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.XBH07201701.04473**. Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.



Bezerros(PE), 01 de setembro de 2017.

Em testemunho ☒ da verdade.

Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião de Notas

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 55.060-010

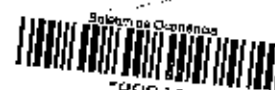
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 SET 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 55.060-010

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Estado de Pernambuco





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 101ª CIRCUNSCRIÇÃO - SAIRÉ -
DP101ªCIRC DINTER1/14ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0191000089

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/03/2017 às
14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 11/12/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SAIRÉ, 51, ESTRADA DO BAIRRO
DO VALE VERDE SAIRÉ - PE - Bairro: CENTRO - SAIRÉ/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O CONDUTOR (AUTOR VAGENTE)
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (OUTRO)
JOAO ANTONIO DE MENEZES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**JOAO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA
MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: HORACIO ANTONIO DE MENEZES Data de Nascimento:
21/7/1978 Naturalidade: SAIRÉ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5384893/SSP/PE (RG),
98776581441 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 996592647**

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAIRÉ, 36, RUA RUA NOEMI SANTOS ALBUQUERQUE
BAIRRO VALE VERDE - CEP: 56060-060 - Bairro: CENTRO - SAIRÉ/PERNAMBUCO
/BRASIL**

23 MAR 2017

**MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (não presente ao plantão) Mãe: OSITA MARIA DA
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Boa Vista - CEP: 50.060-010**

RECIFE-PE

**O CONDUTOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA MARIA DA
CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 21/7/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**

BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO ANTONIO DE MENEZES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **0YX7863** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **992267273** Chassi: **992K016208R916621**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

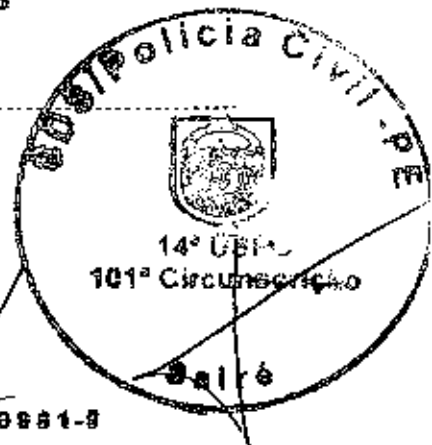
AS 14; 15 HORAS DE HOJE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SENHOR DE NOME JOAO ANTONIO DE MENEZES, NATURAL DESTA CIDADE DE SAIRE, COMUNICANDO DE QUE NO DIA 11/12/2016 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA, COLIDIU EM UM VEICULO AUTO CARGA NA PARTE DA CARROÇERIA, NAO SENDO O VEICULO IDENTIFICADO, QUANDO A VITIMA ESTAVA ENTRANDO COM SUA MOTO EM UMA RUA QUE DA ACESSO AO BAIRRO VALE VERDE, VINDO A VITIMA SOFREU FRATURAS NO DEDO DAO DIREITA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA OLIVIA MENDONÇA SOUTO MAIOR E LOGO APOS REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU, DIANTE DO EXPOSTO FICA O FATO REGISTRADO

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

JOAO ANTONIO DE MENEZES
(VITIMA)

O CONDUTOR
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **JOSE JOAQUIM DE MELO NETO** - Matrícula: **169981-9**



05.802.494/0001-...
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

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

30/03/2017 14:55



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 101ª CIRCUNSCRIÇÃO - SAIRÉ -
DP101ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0191000089**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/03/2017 às
14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 11/12/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SAIRE, 01, ESTRADA DO BAIRRO
DO VALE VERDE SAIRE - PE - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O CONDUTOR (AUTOR \ AGENTE)
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (OUTRO)
JOAO ANTONIO DE MENEZES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**JOAO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA
MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: HORACIO ANTONIO DE MENEZES Data de Nascimento:
21/7/1975 Naturalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5254003/SSP/PE (RG),
96778561441 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 996552647**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAIRE, 36, RUA RUA NOEMI SANTOS ALBUQUERQUE
BAIRRO VALE VERDE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**O CONDUTOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA MARIA DA
CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 21/7/1975 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**



BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO ANTONIO DE MENEZES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYZ7863** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **998367273** Chassi: **902K01689ER516621**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

AS 14:18 HORAS DE HOJE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SENHOR DE NOME JOAO ANTONIO DE MENEZES, NATURAL DESTA CIDADE DE SAIRE, COMUNICANDO DE QUE NO DIA 11/12/2018 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA, COLIDIU EM UM VEICULO AUTO CARGA NA PARTE DA CARROCERIA, NAO SENDO O VEICULO IDENTIFICADO, QUANDO A VITIMA ESTAVA ENTRANDO COM SUA MOTO EM UMA RUA QUE DA ACESSO AO BAIRRO VALE VERDE, VINDO A VITIMA SOFREU FRATURAS NO DEDO NAO DIREITA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA OLILIA MENDONÇA SOUTO MAIOR E LOGO APOS REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU, DIANTE DO EXPOSTO FICA O FATO REGISTRADO

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

JOAO ANTONIO DE MENEZES
(VITIMA)

O CONDUTOR
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **JOSE JOAQUIM DE MELO NETO** - Matrícula: **159881-8**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 101ª CIRCUNSCRIÇÃO - SAIRÉ -
DP101ªCIRC DINTER1/14ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0191000089

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/03/2017 às
14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 11/12/2016 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SAIRÉ, 01, ESTRADA DO BAIRRO
DO VALE VERDE SAIRÉ - PE - Bairro: CENTRO - SAIRÉ/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O CONDUTOR (AUTOR / AGENTE)
MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (OUTRO)
JOÃO ANTONIO DE MENEZES (VÍTIMA)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOÃO ANTONIO DE MENEZES

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

**JOÃO ANTONIO DE MENEZES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA
MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: HORACIO ANTONIO DE MENEZES Data de Nascimento: 21/7/1975
Naturalidade: SAIRÉ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5284053/SSP/PE (RG),
00770501441 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 996582647**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SAIRÉ, 30, RUA RUA NOEMI SANTOS ALBUQUERQUE
BAIRRO VALE VERDE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAIRÉ/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**O CONDUTOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: OSITA MARIA DA
CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 21/7/1975 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**

BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSE DOS SANTOS LIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO ANTONIO DE MENEZES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYZ7863** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **898367273** Chassi:
SC2KC1629EN516621
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

AS 14:15 HORAS DE HOJE COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SENHOR DE NOME JOAO ANTONIO DE MENEZES, NATURAL DESTA CIDADE DE SAIRE, COMUNICANDO DE QUE NO DIA 11/12/2018 CONDUZIA SUA MOTOCICLETA COM DESTINO A SUA RESIDENCIA, COLIDIU EM UM VEICULO AUTO CARGA NA PARTE DA CARROCERIA, NAO SENDO O VEICULO IDENTIFICADO, QUANDO A VITIMA ESTAVA ENTRANDO COM SUA MOTO EM UMA RUA QUE DA ACESSO AO BAIRRO VALE VERDE, VINDO A VITIMA SOFREU FRATURAS NO DEDO MAO DIREITA, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UNIDADE MISTA OLILIA MENDONÇA SOUTO MAIOR E LOGO APOS REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU, DIANTE DO EXPOSTO FICA O FATO REGISTRADO

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

JOAO ANTONIO DE MENEZES
(VITIMA)

O CONDUTOR
(AUTOR / AGENTE)



B.O. registrado por: **JOSE JOAQUIM DE MELO NETO** - Matrícula: **158961-5**



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA
14 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bua Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2019

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Geni Rufino Torres de Menezes, portador da carteira de identidade nº 7.532.541 e inscrito no CPF/MF sob o nº 091.321.424-80, residente e domiciliado na R. Sete Vale Verde, Cidade Sairé, Estado PE, 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:


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

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

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

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

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


Geni Rufino Torres de Menezes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sairé 02-05-2017

Local e data

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

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

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.

Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br



LIVRO Nº 245-E

FLS. 019

Traslado: 1º

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, ao primeiro (1º) dia do mês de setembro do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, agricultor, analfabeto, nascido em 21-07-1975, filho de Horacio Antonio de Menezes e de dona Osita Maria da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG, nº 5.384.093-SSP/PE, e do CPF/MF, nº 067.795.014-41, residente e domiciliado na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab - Sairé - PE, CEP: 55695-000, de passagem por esta cidade; reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo **Declarante**, falando sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o **Seguro DPVAT**, me foi declarado que é residente na Rua Um, nº 36, loteamento Vale Verde, Cohab - Sairé - PE, CEP: 55695-000, e não possui o laudo do **Instituto Médico Legal - IML**, pois não existe o mesmo em seu Município, declarando ainda, possuir conta no **Banco Bradesco - Agência 2530-5**, conta corrente de nº **631089-3**. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assina; dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro; ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do declarante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digital, assina Geni Rufino Torres de Menezes, brasileira, casada, agricultora, nascida em 28-03-1990, portadora da Cédula de Identidade RG, nº 7.532.548-SDS/PE, e do CPF/MF, nº 091.321.424-80, residente e domiciliada na Rua Sete, nº 33, Vale Verde - na cidade de Sairé - PE.; dou fé. Emolumentos líquidos: R\$ 143,71; FERC: R\$ 15,97; TSNR: R\$ 31,94. Eu, (a) Mauricio José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitei, subscrevo e assino, Bezerros, 01 de setembro de 2017. (a) GENI RUFINO TORRES DE MENEZES. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.XBH07201701.04473. Consulte autenticidade em www.lire.jus.br/selodigital.



Bezerros(PE), 01 de setembro de 2017.

Em testemunho da verdade.

Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião de Notas.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Bor Vista - CEP: 55065-010

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. GERE E ASSINE EM UM ÚNICO LUGAR ESTE DOCUMENTO.



ORT



Prontuário: 212356

Religião

CNS: 898002392412482

Nº: 36

Estado: PE

Fone: 98099211

Profissão:

acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

CLINICAL ORTHOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ANNDIMENTO Data: 11/12/2016 23:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Principais HDA

Principal HDA: Variante Grava de Colera com vômito há 8h, referindo
dores no abdômen e um febre de 38.5°C. Refere hematuria
em urina recente.

Físico

PA:

/FC

FR:

Michael, le mouro. Gostouo fegimento em casa bello. (D)
 Meu lido do Quodineu. Boa pafuon distal ob lita

Art. 4º - Provisório:

Extenso fomento em João - (A)

—Cão

Dieta:

Horário

276
0230

Editha Lee M. E. 1992 494/0001-43

① 100ml 100ml + 200ml 800 W
② 100ml 100ml + 200ml 800 W

③ Hushy downy 110 EV

Medicina do Biot

Transal loop + loop story. all

① parents with pub B. mg
and grandf. female m. rep

(2) *Syntheria* *austrianus* *austrianus* Jr. José Siqueira
Cirurgião Bu
CRQ 3716
~~AELA R-1000 C-6-Ac R-1000~~

3/20

2/1

~~3130~~

10/10/10

Handwritten signature

new

2 /

Dr. José Siqueira Filho
Cirurgia Bucal
CR0 3.718

Dr. José Siqueira, Filho
Cirurgia Bucal

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

Relação / Exames

Ex. Qual.

Paciente vítima de acidente de moto a
Rt 1112, caindo com dor torção a
Direita. Não houve lesão visível ou hematoma.
Não claudica.

As exames: A - Vias aéreas livres
B - MVB M RA
C - RER - 250 segm.
D - Garganta
E - FC no pulm.

Col. Rx de tórax + Rx de pulm
- Av. de CBNF - Av. de Itapicuru

Jéssica Santos
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM/SE 4731

Assinatura de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

RG:

Tel.:

Assinatura

Realização de Procedimento

() Paciente () Familiar

RG:

Tel.:

Procedimento:

Assinatura

Definitivo:

Nome do Paciente

Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

Transferência: () Internamento

Local de Alta

Estado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Hora:

Médico:

CRM:

2016 11 49:14 PM

Usuario do Atendimento

LUCIANAAP

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

ORT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 283011

Prontuário: 212386

NOME: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Data de nasc.: 21/07/1975

Idade: 41

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

RG:

CNS: 898002392412482

Endereço: RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE

Cidade: SAIRE

Cidade: SAIRE

Nº: 36

Estado: PE

Telefone: 5695970

Fone: 98099211

Profissão:

Mãe: OSITA MARIA DA CONCEICAO

Companhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento

Data: 11/12/2016 23:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Principal HDA:

Lesão de fratura de osso com lesão na 8ª, referida
em seu braço e em joelho. Nega dor. Refere hematoma
na região do dente.

Físico:

Consciente, orientado, limpo,
estável, em peso. Exame físico em boa (bello) e
em joelho do quadril. Boa perfusão distal de art.

PA:

FC:

FR:

Provisório:

Exame físico em joelho

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 R JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Rio Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Dieta:

Dieta:

Horário

12/16
08:30
Ceftriaxona 2g + Met. 1g
① Tramadol 100mg + diclofenaco 50mg
② Ibuprofeno 400mg
③ Tramadol 100mg + Met. 1g
④ Diclofenaco 50mg + Tramadol 100mg
⑤ Medicação do BNF
⑥ Medicação da Cirurgia Geral
Tramadol 100mg + diclofenaco 50mg
⑦ paciente em repouso
anexos para fratura de met.
⑧ exame físico e radiol.

Dr. José Siqueira Filho
Cirurgia Bucal
CRM 2.118

Dr. José Siqueira Filho
Cirurgia Bucal
CRM 2.118

Dr. José Siqueira Filho
Cirurgia Bucal
CRM 2.118

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

ORT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 283011

Prontuário: 212386

Paciente: JOAO ANTONIO DE MENEZES

Data nasc.: 21/07/1975

Idade: 41

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

RG:

CNS: 898002392412482

Endereço: RUA NOEMIA SANTOS ALBUQUERQUE

Nº: 36

Cidade: SAIRE

Estado: PE

Cidade: SAIRE

Fone: 98099211

Profissão:

Nome da Mãe: OSITA MARIA DA CONCEICAO

Companhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento

Data: 11/12/2016 23:48

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Principal HDA:

Paciente vítima de acidente com moto na 8h, referindo
dor no braço D e no joelho D. Nega dor no pescoço. Refere hematomas
no antebraço.

Físico:

Consciente, orientado, limpo,
estável, em boas condições. Exame físico normal em geral. Boas
condições do quadril. Boa perfusão distal do membro D.

PA:

FC:

FR:

Provisório:

Exame do braço
Exame físico normal em joelho D

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

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

Dieta:

RECIFE-PE

Horário

12h
08:30
Ceftriaxona 2g + Met. 1g
① Analg. 10mg + 100ml 50%
② Analg. 10mg + 100ml 50%
③ Analg. 10mg + 100ml 50%
④ Dexam. - 10mg + 100ml 50%
⑤ Solução do B.H.F.
⑥ Solução do Cirurgia Geral
Tramadol 100mg + 100ml 50%
① Paciente em boas condições
anexos para exame físico
② Análise de exames e rotina

Dr. José Siqueira Filho
Cirurgia Bucal
CRM 27.18

Dr. José Siqueira Filho
Cirurgia Bucal
CRM 27.18

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANTONIO DE MENEZES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000000631089-3

Nr. Autenticação

BRADESCO140120190500000000002370253000000063108967500 PAGO

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197960/17
Vítima: JOAO ANTONIO DE MENEZES
CPF: 067.795.014-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/12/2016
Titular do CPF: JOAO ANTONIO DE MENEZES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GENI RUFINO TORRES DE MENEZES : 091.321.424-80

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

JOAO ANTONIO DE MENEZES : 067.795.014-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 23/05/2017
Nome: GENI RUFINO TORRES DE MENEZES
CPF/CNPJ: 091.321.424-80

GENI RUFINO TORRES DE MENEZES

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 23/05/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gini Rufino Torres de Menezes,

RG nº 7.532.548, data de expedição 04/02/13, Órgão SDS,

CPF nº 091.321.424-80, venho perante a este Instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R: Sete Vale Verde</u>
Número	<u>33</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Sairé</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55695-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sairé 02-05-17



Assinatura do Declarante: x Gini Rufino Torres de Menezes

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

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

ATENÇÃO: TRAVESSA CEL. JOSE PESSOA - RUA. S. S. N. - CENTRO
SAIRÉ - PE 55695-000

GEN. RUI NO TORRES
R. SETE VALE VERDE, N. 33 - BAIRRO MÃO INFORMADO SAIRÉ - PE 54695-000
INSCRIÇÃO: 120.810.089.0000.220 GRUPO 31 - SET. AUTOMA. LTO. 30717458

LIGADO: 25/06/2015
POTENCIAL: 26/05/2015
25/06/2015
REA

AGUA:
LIT. AUT. 360 CONSUMO 7
LIT. AUT. 367
LIT. FAT. 367

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

05/2015 10
06/2015 12
03/2015 11
02/2015 10
01/2015 11
12/2014 07
MÉDIA: 10

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS:	
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES ATENDEN. A.12 A.13
TURBIDEZ	12	12
COR APARENTE	12	12
CORO RESIDUAL	12	12
COLIF. TOTAIS	12	12
C. COL.	12	12

005: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DA CONDIÇÃO
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL (R\$)
ÁGUA
RESIDÊNCIA 1 UNIDADE(S) 7,20 7,20
CONSUMO DE ÁGUA

7,20 1,65 0,12
7,20 7,55 0,55

TOTAL PAGAR

MENSAGEM:

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL 70
Boa Vista - CEP: 50.060-000

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Maurício José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.

Fone: (081) 3728-1182

Email: cartoriobezerrros@yahoo.com.br



LIVRO: 264-P - FOLHA: 112

TRASLADO: 1º

PROCURAÇÃO bastante que faz: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES** na forma abaixo:

S A I B A M/ quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos seis (06) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2.º Ofício à meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOÃO ANTONIO DE MENEZES**, brasileiro, casado, capaz, analfabeto, agricultor, nascido em 21/07/1975, portador da Cédula de Identidade RG n.º 5384093-SSP/PE e inscrito no CPF/MF n.º 067.795.014-41, residente e domiciliado na RUA/UM, N.º 36, LOTE VALE VERDE, COHAB, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; reconhecido de mim, tabelião, à vista dos documentos de identificação, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **GENI RUFINO TORRES DE MENEZES**, brasileira, casada, alfabetizada, agricultora, nascida em 28/03/1990, portadora da Cédula de Identidade RG n.º 7.532.548-SDS/PE e inscrita no CPF/MF n.º 091.321.424-80, residente e domiciliada RUA SETE VALE VERDE, N.º 33, SAIRÉ/PE, CEP: 55695-000; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as SEGURADORAS que constituem o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais; apresentar e exhibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina a presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo da outorgante por ser analfabeta que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patrícia de Melo, brasileira, portadora do RG. n.º 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF n.º 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. Emolumentos líquidos R\$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R\$ 12,91; FERC: R\$ 6,46. Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 06 de março de 2017. (a) JANAINA PATRICIA DE MELO. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.ZHY02201702.01155. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Bezerros(PE), 06 de março de 2017.

Em testemunha da verdade.

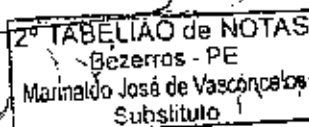
Marinaldo José de Vasconcelos
Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto



394/0001-43
CORRETORES
LIROS LTDA

09 MAR. 2017

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428089/17
Vítima: EDVALDO ELIAS DA SILVA
CPF: 681.699.144-34

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/07/2017
Titular do CPF: EDVALDO ELIAS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDVALDO ELIAS DA SILVA : 681.699.144-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

MARIA APARECIDA DE ARAUJO SILVA : 033.688.804-03

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

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

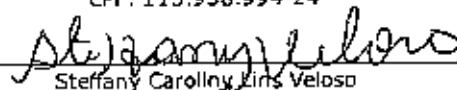
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2017
Nome: MARIA APARECIDA DE ARAUJO SILVA
CPF/CNPJ: 033.688.804-03

MARIA APARECIDA DE ARAUJO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2017
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Carolyn Lins Veloso

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-09
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-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

GEM RUFINO TORRES

CPF: 091.321.424-50 RES: 16197038894

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 10M30
LOTE VALÉ VERDE
CHAMALABRE
55065-000 ZARÉ PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

18/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

12,35

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

016143179

CONTA CONTRATO

007021439546

Nº DO CLIENTE

2014494727

Nº DA INSTALAÇÃO

600345974

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

4049.D01F.EDA4.3A0A.2C7F.A9D2.80A7.1B6E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	20,00	0,10107965	2,02
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	21,00	0,31042261	6,52
Atenuação Bandeira AMARELA			9,07
Multa por atraso NF 012298812 - 11/04/18			0,27
Juros em atraso NF 012298812 - 11/04/18			0,04
Atenuação RPPM NF 012252012 - 11/04/18			0,43
TOTAL DA FATURA			12,35

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	12,01	1,12	0,13
			12,01	5,32	0,63

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo em 28 kWh: 0,10107965
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,31042261

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
MAI 18	20,00	2,02
ABR 18	21,00	6,52
MAR 18	22,00	7,02
FEV 18	23,00	7,52
JAN 18	24,00	8,02
DEZ 17	25,00	8,52
NOV 17	26,00	9,02
OUT 17	27,00	9,52
SET 17	28,00	10,02
AGO 17	29,00	10,52
JUL 17	30,00	11,02
JUN 17	31,00	11,52
MAI 17	32,00	12,02

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Categoria de Energia	4,48
Imposto de Consumo	0,47
Distribuição (Celpe)	9,83
Encargos Sociais	4,14
Imposto	0,75
TOTAL	12,01

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE CONSUMO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
11/04/18	11/05/18	8.566,00	8.617,36	01	1.000,00	0,00	51,36

DATA RECEITA PARA O PROGRAMA LEI 12.063/18

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
DE: Na de tempo sem Energia	CAMICHI DE SÃO	0,00	0,00	12,00	12,00
DE: Na de tempo sem Energia	FEIX	0,00	0,00	12,00	12,00
DE: Na de tempo sem Energia	FEIX	0,00	0,00	12,00	12,00
DE: Na de tempo sem Energia	FEIX	0,00	0,00	12,00	12,00
DE: Na de tempo sem Energia	FEIX	0,00	0,00	12,00	12,00
DE: Na de tempo sem Energia	FEIX	0,00	0,00	12,00	12,00
DE: Na de tempo sem Energia	FEIX	0,00	0,00	12,00	12,00
DE: Na de tempo sem Energia	FEIX	0,00	0,00	12,00	12,00
DE: Na de tempo sem Energia	FEIX	0,00	0,00	12,00	12,00
DE: Na de tempo sem Energia	FEIX	0,00	0,00	12,00	12,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 2004, tarifa convergente médio de 8,41% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-DEH 2.386/18.
As datas de fatura e bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Fórmula: em atraso para multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros: 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária na prós. mês
fornecimento do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Deveremos pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 15,32.
O cliente é compensado quando há descumprimento da prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

05.802.404/0001-4

TENSÃO NOMINAL (V)	FAZENDA DE VOTAÇÃO (V)	DE SEGURANÇA (V)
220	1	231

R. AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RUA DE AURORA, Nº 175, SL 902 BL. F.

Boa Vista - CEP 50060-010

DETALHES DA FATURA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
007021439546	05/2018	12,35	18/05/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

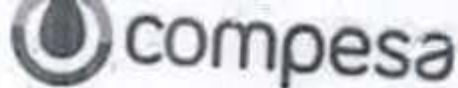
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitura ótica.

838000000009 123500110072 021439546101 133428622839



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CABUGA - KM4, 1387 - SANTO AMAR RECIFE PE
 CEP: 57040-000, Fone: (081) 0800 091 0195
 Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
 CNPJ: 09.763.035/0001-84
 Qualidade da Água: www.compessa.com.br

Nº Documento: 20180320717459

Escritório: SAIRE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

INSCRIÇÃO:

020717459

05/2018-9

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 020717459

DADOS DO CLIENTE

GEM RUPINO TORRES

N SETE, N. 33 - VALE VERDE SAIRE PE 55695-000

INSCRIÇÃO: 120.810.089.0000.228

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

GRUPO: 3

SITUAÇÃO ANTE

LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO

POTENCIAL

RESIDENCIAL

QUANTIDADE DE CONSUMIDORES

COMERCIAL

INDUSTRIAL

MÚLTIPLO

RECONHECIMENTO

ALIU152795

DATA LEIT. ANTERIOR

25/04/2018

DATA LEIT. ATUAL

26/05/2018

TIPO DE CONSUMIDOR

REAL /

CONSUMO: 6

ESGOTO

LEIT. ANT.

LEIT. ATUAL

LEIT. FAT.

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

04/2018 4/

07/2018 4/

02/2018 4/

01/2018 4/

12/2017 5/

11/2017 3/

MEDIA 4/

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

A

PARÂMETROS

TURBIDIDADE

COM APARENTE

CLORO RESIDUAL

COLIFORMES TOTAIS

E. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

5. Coli

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 554 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESQUEMÁTICA RÔTI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 (3) OS PARÂMETROS COT E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

6 M3

R. 65

SIS

COPINA

8,65

8,65

1,65

1,65

0,14

0,14

VENCIMENTO: 05/06/2018

TOTAL A PAGAR:

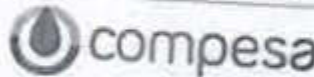
8,65

SIGA NAO AO TRABALHO INFANTIL DENUNCIE DISQUE 100

Emitido por: INTERNET

Emissão em:

11/06/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

05.802.491/0001-11

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LIDA

0800-2813844

MATRICULA:

020717459

05/2018-9

VENCIMENTO:

05/06/2018

CÓDIGO DE BARRAS

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

REFEEL DE

VIA COMPESA

8284000000-9 08650018120-6 02071745901-7 05201890003-0



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CRPJ 10.835.932/0001-00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0095943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-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

GEM RUIFINO TORRES

CPF: 001.327.424-50 NIS: 16197036884

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LIM 36
LOTE VALE VERDECHASSAÍRE
5005-900 SARE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 416/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

18/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

12,35

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

016143179

CONTA CONTRATO

007021439546

Nº DO CLIENTE

2018424727

Nº DA INSTALAÇÃO

002315474

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

4049.D01F.EDA4.3A0A.2C7F.A9D2.80A7.1B6E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

14 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010Tarifas Aplicadas
RECIFE-PEConsumo Ativo até 30 kWh: 5,18477001
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,31042761

HISTÓRICO DO CONSUMO

	400V
MAI 18	81
ABR 18	86
MAR 18	65
FEV 18	54
JAN 18	32
DEZ 17	31
NOV 17	24
OUT 17	49
SET 17	45
AGO 17	41
JUL 17	38
JUN 17	38
MAI 17	48

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Carga de Energia	4,88	39,58
Transmissão	0,47	3,81
Distribuição (Celpe)	0,80	6,48
Energias Renováveis	1,14	9,24
Impostos	0,16	1,29
TOTAL	12,35	100

DESCRIÇÃO

QUANTIDADE

PREÇO

VALOR (R\$)

Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18107985	5,43
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	21,00	0,31042761	6,51
Reservatório Bandeira AMARELA			0,07
Multa por atraso NF 012288912 - 11/04/18			0,22
Multa por atraso NF 012288912 - 11/04/18			0,04
Multa por atraso NF 012288912 - 11/04/18			0,03
TOTAL DA FATURA			12,35

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		12,35	1,12	12,35	0,63

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO DE CONSUMO	Tipo de Tarifa	INTERVALO	ATUAL	AN	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO
		DATA	DATA	DATA			PREVISTO
05/05/18	CEL	11/04/18	0,558,25	11/05/2018	0,517,40	30	1,8866
						0,01	91,25

SUA PRÓXIMA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/06/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR	RELA	RELA	RELA
		EMISSÃO	RELA	RELA	RELA
Interrupção de energia elétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Interrupção de energia elétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Interrupção de energia elétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Interrupção de energia elétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Interrupção de energia elétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Interrupção de energia elétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Interrupção de energia elétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Interrupção de energia elétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Interrupção de energia elétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 2004, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REN 2.380/16.
No dia da leitura e instalação em vigor e a Anuária. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O Cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagos, em prazo para multa 2% (Resolução ANEEL, Junho 15a Lei 10.438/02) e atualização monetária na prop. mês
Invenção da ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2 do RICMS-PE.
O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para as pedras de atendimento comercial.

05.802.494/0001-11

TENÇÃO NOMINAL DE 127V/220V
DE SEGUROS DE MÁXIMO

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

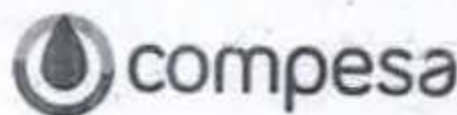
05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11



AVENIDA CRUZ CARUÇA - MUN. 1367 - SANTO AMARO RECIFE-PE
 CEP: 50640-000, Fone: (081) 0800 081 0195
 Inscricao Estadual: 18.1.001.0014398-3
 CNPJ: 09.769.039/0001-64
 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20180520717459

Escritório: SAIRE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

NOME DO CLIENTE
 GENI RUFINO TORRES

R SETE, N. 33 - VALE VERDE SAIRE PE 55695-000

INSCRIÇÃO: 128.910.089.0000.220

GRUPO: 3

MATRÍCULA:

02071745-9

05/2018-9

RECEBIMENTO

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 02071745-9

TIPO DE LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS	INDUSTRIAL	PÚBLICO
RESIDENCIAL					
DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONDIÇÃO/REAL			
25/04/2018	26/05/2018	REAL /			
ÁGUA		ESGOTO		VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 583	CONSUMO: 6	LEIT. ANT.: 1			
LEIT. ATUAL: 589		LEIT. ATUAL: 1			
LEIT. FAT.: 589		LEIT. FAT.: 1			

HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA PORT. MS 3.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO	
04/2018	4/	15	19	14	
03/2018	4/	15	19	1	
02/2018	4/	15	19	19	
01/2018	4/	15	19	19	
12/2017	5/	15	19	19	
11/2017	4/	15	19	19	
MÉDIA	4/ 0	15	19	19	

PARÂMETROS

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

6 M3

8,63

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

14 SET 2018

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

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR
PIS	8,63	1,62	0,14
COTIN	8,63	7,60	0,66

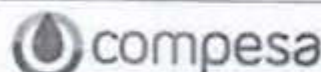
VENCIMENTO: 05/06/2018

TOTAL A PAGAR: 8,65

DIGA NÃO AO TRABALHO INFANTIL DENUNCIE DISQUE 100

Emissão por: INTERNEY

Emissão em: 11/06/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195
 VAZAMENTOS: 0800-0810185

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

MATRÍCULA:

02071745-9

05/2018-9

VENCIMENTO: 05/06/2018

CÓDIGO DE BARRAS

82840000000-9 08650018120-6 02071745901-7 05201890003-0



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gemi Rufino Torres de MenesesRG nº 7.532.548, data de expedição 04/02/13 órgão SDS/PE

CPF nº 091.323.424-80 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Site</u>
Número	<u>33</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vale Verde</u>
Cidade	<u>Sairé</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55695-000</u>
Telefone de Contato	<u>85-33710-1338</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sairé - PE, 29. 11. 18Assinatura do Declarante: Gemi Rufino Torres de Meneses

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 NOV 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 51050-000
RECIFE-PE

Nº Documento: 20181120717459 Escritório: SAIRE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

CONTE NÚMERO TORRES
R. SOTE, N. 11 2 VALA VERDE SAIRE PE 55697-000
INSCRIÇÃO: 118.850.069/0000-220

GRUPO: 1

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 02071745.9

02071745.9

11/2018-7

LEGENDA	POTENCIAL	DATA DE VIGÊNCIA	MÉDIA RD /
02071745.9	07/19/2018	24/11/2018	
ÁGUA	CONSUMO 4	ESGOTO	VOLUME: 0
LEIT. ANT.: 624	REGULAMEN. TAXA MÍNIMA	LEIT. ANT.: 1	
LEIT. ATUAL: 634	MONITORIADE DE LEITURA	LEIT. ATUAL: 1	
LEIT. PAT.: 634		LEIT. PAT.: 1	

HISTÓRICO DE CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS
REFERÊNCIA/CONSUMO	EXT. PELA PORT.	ANÁLISES
	MS 2.914/11	REALIZADAS
12/2018 07	TURBIDEZ	15
01/2019 01	CON. AZELENTE	15
02/2019 01	COLOR. RESIDUAL	15
03/2019 01	COLOR. TOTAL	15
04/2019 01	C. CO2	15
05/2019 01		15
06/2019 01		15
07/2019 01		15
08/2019 01		15
09/2019 01		15
10/2019 01		15
11/2019 01		15

OBSERVAÇÕES: 1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 85% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
2) DOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESQUEMÁTICA COLI E CLORO RESIDUAL (SR)
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
3) DOS PARÂMETROS CON. AZELENTE E C. CO2 INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO SANEAMENTO DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	6.03	0.40
MULTI P/INDIVIDUALIDADE		0.17
TARIFA DE NOVA		0.03

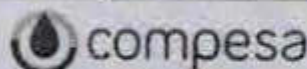
PIE	0.40	0.17	0.03
CONSUMO	0.40	0.17	0.03

05/12/2018

8.05

05/12/2018

05/12/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810105
VACACIONTOS: 0800-0810105

05/12/2018

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA
29 MAR 2018
Rua da Aurora, 10-175, 8-402 BL C
Boa Vista - CEP: 50184-000
RECIFE-PE

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

02071745.9

11/2018-7

TOTAL A PAGAR

8.05

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem do dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados do seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gemi Rufino Torres de Jenezes, portador(a) do RG nº 7.532.548, expedido por SPS, em 04/02/13, CPF/CNPJ nº 091.321.424-80,

na qualidade do procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) João Antonio de Jenezes do sinistro de DPVAT da natureza Invalidz da vítima João Antonio de Jenezes, o conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso-se Renda Mensal: R\$ Recuso-se

Documentos comprobatórios: Recuso-se

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 MAIO 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
nccr@ccr.br

Gemi Rufino Torres de Jenezes
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradonalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 0271206
exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala

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/DOORIGINALASPTTPO-18CODIGO-29626>

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 seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura da Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, apurar penalidades administrativas, civis, criminais e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98

Pelo exposto, eu, João Guilherme M de Carvalho inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João da Silva Pereira inscrito
(a) no CPF sob o nº 702.194.534 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima
João da Silva Pereira inscrito (a) no CPF sob o nº 702.194.534 / 54, 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 a 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.

Endereço	CEP	Complemento
<u>Rua Duque de Caxias</u>	<u>370</u>	<u>0</u>
Bairro	Estado	CPF
<u>Rembe</u>	<u>PE</u>	<u>55900-000</u>
Cidade	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Goiana</u>	<u>(51) 3620-3773</u>	<u>(51) 9.9808-6287</u>
E-mail		
<u>comercio.goiana@gmail.com</u>		

Goiana 11 de junho de 2018
Local e data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2018

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