

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, ERinaldo Manoel da Silva

RG: 37466953-3, data de expedição 13/07/2004

Órgão SSP SP, portador do CPF 019 1101 094 02, com

domicílio na cidade de Cachoeirinha, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Rua Prometeo Aguiar de Melo, nº 29,

complemento casa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima Maria Mariza de Macedo Feresira

cujo o conduto era Maria Mariza de Macedo Feresira

Veículo: carro

Modelo: prisma MAX

Ano: 2010 2011

Placa: LIE 5478

Chassi: 9BGR69X0B9130894

Data do Acidente: 14-10-2017

Local e data do cartório: Cachoeirinha 15-02-18

ERinaldo Manoel da Silva

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

9-1-2018

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

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE

Tabella, VERA LÚCIA VALENÇA MELLO E SILVA, Superintendente, DINA LUCIA TORRES VALENÇA DE MELLO PEREIRA

Cartório do Único Ofício de Cachoeirinha - PE, Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL, Boa Vista - CEP: 50.060-010, RECIFE-PE

Reconheço por Autenticidade a firma de ERINALDO MANOEL DA SILVA

do(a) PE, Em testemunho da verdade, Cachoeirinha, 15/12/2017

09:49:10. Selo(a) 0076433-BAV10201701.02779. Consulte autenticidade

em www.tjpe.jus.br/portaldigital. E-mail: PE-3,49 - ESR-PE-0,78

FONE: (81) 3191-3333

ERinaldo Manoel da Silva

VALIDO SOMENTE COM O SELLO
DE AUTENTICIDADE E RESERVAÇÃO



PREFEITURA DE
CARUARU

SECRETARIA
DE SAÚDE

CLÍNICA MÉDICA UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA DO SALGADO

UPA DO SALGADO
24h EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Marina Marajó

Nº DO PRONTUÁRIO: 2085 DATA: 19/10/11 SEXO: F () M () DT. NASC: 1/1/

ENDEREÇO: Av. Belomonte Nº 59 COMPLEMENTO:

CIDADE: Caruaru FONE:

Nº DO RG: DATA DE EXPEDIÇÃO: 1/1/

HISTÓRICO DO PACIENTE: FRAGMENTO EM REGIÃO FRONTAL INCISO A DIREITA

APÓS VITIMAS DE COLISÃO DE AUTOMÓVEL A PARADA NA + 30

KM SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. REFERE DOR

AN. JOELHO ESQUERDO.

EXAME FÍSICO: Glasgow: 15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRAGMENTO INCISO REGIÃO FRONTAL A DIREITA

CONDUTA: 1) ASSESSIA + ANESTESIA LOCAL + SUTURA + CURATIVO

2) ORIENTO PROCURAR SERVIÇO DE ORTODONTIA (UPA DO ESTADO)

3) AVALIAÇÃO DO JOELHO

CONDIÇÃO DE ALTA: 05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

18 SET 2014

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HORA DA LIBERAÇÃO: 1

RECEPCIONISTA:

Ass. e carimbo do Responsável

Obs: Todos os dados são de preenchimento obrigatório e com letras legíveis, assinatura e carimbo.



CARUARU

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CONTROLE DE ALTA

NOME: Maria Parreira Lages REGISTRO: 2085

IDADE: 27

ALTA - DOMICÍLIO



[Signature]
Assinatura e carimbo

ALTA - TRANSFERÊNCIA ☐

Assinatura e carimbo

ALTA - AMBULATÓRIO ☐

Assinatura e carimbo

DATA 15 SET 2017

HORA 09:45

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2019

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



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA**

Data Nascimento: 28/01/1990 Idade: 27 Anos, 8 Meses e 17 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 01039962

Prontuário: 00001170

Senha N.º: **0003**

Data e Hora: 15/10/2017 01:57h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: RELATA UM BATIDA DE CARRO, , JA FOI ATENDIDA NA UPA DO SAL GADO E FEZ SUTURA NA REGIÃO FRONTAL, NEGA VOMITO + DESMAIO, COM DOR NA CABEÇA + DOR EM MMII

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIAS

NEGA HAS

FAZ USO DE MEDICAÇÃO PRA DM

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 130 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 80 MMHG

HGT: HG: 350 MG/DL

Temperatura:

Freq. Cardíaca:

QPD / HDA:

VITIMA DE ACIDENTE AUTOBILISTICO COM QUEIXA DE CEFALIA E DOR EM MIE

Exame Físico:

EGR

Exames complementares:

HD:

TCE LEVE

Conduta:

VPM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Evolução:

18 SET 2018

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

Sandro Inacio do Carmo
CRM 23889

Ass. do Médico
Dr(a): **SANDRO INACIO DO CARMO**
CRM - 23889

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

DADOS PESSOAIS

Nome do paciente

MARA MARAIZA DE MATEO

Data de nascimento

28/01/1990 RG 8.287.334

CPF

098.648.454/70

DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento

14/10/2017

Nº do B.O.

18E0180000737

Resumo clínico

Paciente vítima de acidente de trânsito
sofreu fratura torçoes na região cervical

Diagnóstico

TUE + Excesso torçoes superiores

Tratamento

CONSERVADOR C/ ORTOMANUTENÇÃO

Sequelas

DEFICIT NOS MEMBROS INFERIORES + HEMIPLEGIA

C/ INADAPTAÇÃO P/ VIDA

Data da alta ambulatorial definitiva

19/03/19

Abreu e Lima,

de

19 de março

de

2019

Dr. Pedro Marques
Ortopedista e Traumatologista
CREME 8594
CPF: 172.676.234-04

Médico (CRM)



PREFEITURA DE
CARUARU

SECRETARIA
DE SAÚDE

UPA DO SALGADO

CLÍNICA MÉDICA UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA DO SALGADO
EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nº DO PRONTUÁRIO: 2083 DATA: 19/10/11 SEXO: F () M () DT. NASC: / /

NOME: Maria Paraipe

IDADE: 27 ANOS MÃE: Sr. Belandine PAI: Nº 59 COMPLEMENTO:

ENDEREÇO: J. Brasil Nº 59 CIDADE: Juazeiro FONE:

AIRRO: Nº DO RG: DATA DE EXPEDIÇÃO: / /

Nº DO CARTÃO SUS:

HISTÓRICO DO PACIENTE: FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL INCISO A 2 CM DA LINHA
NOS VÍTIMA DE COLISÃO DE AUTOMÓVEL E PAREDE Nº 30
NIM. SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. REFERE DOR
A. JOELHO ESQUERDO.

EXAME FÍSICO: Glasgow = 15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FERIMENTO INCISO REGIÃO FRONTAL A 2 CM DA LINHA

CONDUTA: 1) ASSESSIA + ANESTESIA LOCAL + SUTURA + CURATIVO
2) ORIENTO PROCURAR SERVIÇO DE ORTODONTIA (UPA DO ESTÁGIO)
3) AVALIAÇÃO DO JOELHO

CONDIÇÃO DE ALTA:

HORA DA LIBERAÇÃO: / /

RECEPCIONISTA:

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

11 SET 2011
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Ass. e carimbo do Responsável



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA**
Data Nascimento: 28/01/1990 Idade: 27 Anos, 8 Meses e 17 Dias
Sexo: Feminino

Atendimento: 01039962
Prontuário: 00001170
Senha N.º: **0003**

Data e Hora: 15/10/2017 01:57h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: RELATA UM BATIDA DE CARRO, JA FOI ATENDIDA NA UPA DO SAL GADO E FEZ SUTURA NA REGIÃO FRONTAL, NEGA VOMITO + DESMAIO, COM DOR NA CABEÇA + DOR EM MMII

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIAS

NEGA HAS

FAZ USO DE MEDICAÇÃO PRA DM

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 130 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 80 MMHG

HGT: HG: 350 MG/DL

Temperatura:

Freq. Cardiaca:

QPD / HDA:

VITIMA DE ACIDENTE AUTOBILISTICO COM QUEIXA DE CEFALIA E DOR EM MIE

Exame Físico:

EGR

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LIDA

Exames complementares:

25.009.779

Rua da Aurora, Nº 175, SJ 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HD:

TCE LEVE

Conduta:

VPM

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LIDA

Evolução:

18 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SJ 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Sandro Inacio do Carmo
CRM 23889

Ass. do Médico
Dr(a): **SANDRO INACIO DO CARMO**
CRM - 23889

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

01R26

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE





Maria Maraiza de Macêdo Ferreira

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

098.648.454-70

MARIA MARAIZA DE MACÊDO FERREIRA

25/01/1990

[Handwritten signature in blue ink]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL

8.287.334

10/05/2007

DECLARAÇÃO

<< MARIA MARAIZA DE MACÊDO FERREIRA >>

FLUXO

<< JOSE ANTONIO FERREIRA >>

<< MARIA JOSE DE MACÊDO FERREIRA >>

NATURALIDADE

CACHOEIRINHA - PE

28/01/1990

DATA DE INSCRIÇÃO

DECLARAÇÃO

<< CN.8476 LBA F 55 CART. >>

CACHOEIRINHA-PE 20.07.1990 >>

ASSINATURA DO DIRIGENTE

TE Nº 116 DE 2008/3

F-24 34.917 - 23113

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

18 SET 2009

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bica Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

[Handwritten signature in blue ink]

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

098.648.454-70

MARIA MARAIZA DE MACÊDO FERREIRA

25/01/1990

Correios

NDW/2005

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
983.756.104-10

Nome
GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Nascimento
25/08/1973

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2013

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BASTOS





Genival Alves de Almeida

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6217060 07.11.1998

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Francisco José de Almeida
Josefa Alves da Silva

Cachoeirinha-PE 29.08.1973

C.H. 592-L. 01-F. 272v- Cart. de
Cachoeirinha-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

01R26

ESTADO DO PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

MARIA MARAIZA DE MACÊDO FERREIRA

25/01/1990

CPF: 098.648.454-70

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

098.648.454-70

MARIA MARAIZA DE MACÊDO FERREIRA

25/01/1990

[Handwritten signature in blue ink]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.287.334

10/05/2007

MARIA MARAIZA DE MACÊDO FERREIRA >>

JOSE ANTONIO FERREIRA >>

MARIA JOSE DE MACÊDO FERREIRA >>

CACHOEIRINHA - PE

28/01/1990

CPF: 098.648.454-70

ASSINATURA DO DETENTOR

25/01/1990

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

18-SET-2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

26 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Cópia de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentada junto com um documento de identidade.

CORREIOS

NOV/2008

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
983.756.104-10

Nome
GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Nascimento
25/08/1973

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO D'AVANÇO ALUG

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

26 APR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 502 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 18 SET 2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 502 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

6217060 DATA DE EMISSÃO: **07.11.1998**

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Francisco José de Almeida
Joana Alves da Silva

Cachoeirinha-PE DATA DE NASCIMENTO: **25.08.1973**

C.N. 692-L. 01-P. 272v- Cart. de
Cachoeirinha-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013434224172
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDO-RENAVAM 214440613 RALTRC ***** EXERCÍCIO 2017

BRINALDO MANOEL DA SILVA

CACHOEIRINHA-PE

049.401.094-02

LLE1478

PLACA ANT. / SIT LLE1478/R AJ

9BGRM69X0BG130894

PAS /AUTOMÓVEL

ALCO/CASOL

GM/PRISMA MAXX

2010

2011

5F/97CV/1400CL

PARTIC

FRAYA

IPVA 2017 QUITADO

1

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

CACHOEIRINHA

10/06/17

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013434224172 BILHETE DE SEGURO DPVAT
BRINALDO MANOEL DA SILVA

55380-000

CS V POMBOS CACHOEIRINHA-PE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 10/06/17

VIA 1 CDO-RENAVAM 214440613 RALTRC ***** EXERCÍCIO 2017

PLACA LLE1478

PLACA ANT. / SIT LLE1478/R AJ

9BGRM69X0BG130894

PAS /AUTOMÓVEL

ALCO/CASOL

GM/PRISMA MAXX

2010

2011

5F/97CV/1400CL

PARTIC

FRAYA

IPVA 2017 QUITADO

1

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

CACHOEIRINHA

10/06/17

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.246.500/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2014

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013434224172
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CPM RENOVAM 214440613 RMT R C ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
ERINALDO MANOEL DA SILVA

CACHOEIRINHA-PE

CPF / CNPJ
049.401.094-02

PLACA
LJX1478

PLACA ANT / UF
LJX1478/R RJ

CHASSI
9BGRM69X0BGL30894

ESPÉCIE / TIPO
PAS / AUTOMÓVEL

COMBUSTÍVEL
ALCO/CASOL

CM/PRISMA MAXX

ANO FAB
2010

ATUALIZADO
2011

CM / POT / CL
52/97CV/1400CL

CATEGORIA
PARTIC

CLASSE PRECATORIA
PRATA

DATA ÚNICA
IPVA 2017 QUITADO

VENIO / COTAS
1 *****

FAIXA IPIVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

VENIO / COTAS
2 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
SEGURO PAGO

ICF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

CACHOEIRINHA

DATA
10/06/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013434224172 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ERINALDO MANOEL DA SILVA

55380-000

CS V POMBOS CACHOEIRINHA-PE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
10/06/17

VIA 1 CPF / CNPJ
049.401.094-02

PLACA
LJX1478

RENÚNCIA
214440613

MARCA / MODELO
CM/PRISMA MAXX

ANO FAB
2010

CM / POT
01

CHASSI
9BGRM69X0BGL30894

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$)

QUANTIA (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO

ICF (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2017
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

26 ABR 2017

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190294851

Nome do(a) Examinado(a): MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA VINTE, 679 - Caruaru/PE - CEP 55018-753

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8287334 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 14/10/2017

Data e Local do Exame : 07/06/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

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

ferimento frontal à direita.

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

tratamento cirúrgico

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

Queixa de cefaleia. Danos temporários. Sem sequelas.

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☐ Sim ☒ Não

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

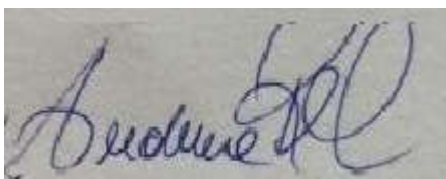
Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

Ao Sr. Analista

Sinistro: 3180/433882

.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3180/433882 tendo em vista está apresentando LAUDOS onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VÍTIMA: MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

CPF: 098.648.454-70

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

25 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: 3190294851 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA **Data do acidente:** 14/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo corto contuso frontal direito.

Descrição do exame Queixa de cefaleia.

físico: Sem sequelas ao exame físico.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico do traumatismo corto contuso frontal direito (sutura).
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima com sintomas subjetivos decorrentes do traumatismo corto contuso frontal , não apresentando base médica suficiente para indenização.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190294851 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA **Data do acidente:** 14/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (LESÃO EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: & SEQ 2, NEGADO PELA TÉCNICA, @ 1

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190294851 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA **Data do acidente:** 14/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (LESÃO EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Maria Maraiza de Macedo Ferreira

portador(a) do documento de identidade nº 8.287.334 expedido por SAS PE

10/05/2007 inscrito no CPF sob o nº 098.648.45470 residente na

Rua Vinti nº 679

complemento casa Bairro São João da Iseraia

Casimaru Estado PE

2. Outorgado Genival Alves de Almeida

portador(a) do documento de identidade nº 6247060 expedido por SSP PE

07-11-98 inscrito no CPF sob o nº 983.756.10470 residente em

Rua José Pedro da Silva nº 81

complemento casa Bairro Centro cidade

Caruaru Estado PE

Ampla poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Caruaru 14 de Março de 2018



Outorgante Maria Maraiza de Macedo Ferreira

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO Bel GENIVAL TOJORNHO
R. dos Expedientes, 14 - Jd. Santa Cruz dos Oros - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (081) 3304.4233 - Fax: (081) 3304.2018

Reconheço por autenticidade a firma de MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA; dou fé.

Selo: 0073718.NOV02201804.03493
Caruaru/PE, 14/03/2018 11:21:10. Em test. da verdade.

Neide Maria dos Santos
NEIDE MARIA DOS SANTOS - Substituta
Emol: R\$ 2,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op. 31

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validador



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2018

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

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Maria Maraiza de Macedo Ferreira

portador(e) do documento de identidade nº 8.287.334, expedido por SDS PE

10/05/2007 inscrito no CPF sob o nº 098.648.45470, residente na
Rua Linti, nº 679

complemento casa, Bairro São João da Iseraia

Casimaru, Estado PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 ABR 2018

2. Outorgado Genival Alves de Almeida

portador(e) do documento de identidade nº 6247060, expedido por SSP PE

07-11-98 inscrito no CPF sob o nº 983.756.10470, residente na

Rua José Pedro da Silva, nº 81

complemento casa, Bairro Centro, cidade

Caruaru, Estado PE

Ampla poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Caruaru 14 de Março de 2018



Outorgante

Maria Maraiza de Macedo Ferreira

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
R. dos Escrivães, 12 - Bairro Sertão das Dúas - Caruaru/PE - CEP 55020-440 Fone: (81) 2102.0733 - Fax: (81) 2102.0738

Reconheço por autenticidade a firma de MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA; dou fé.

Selo: 0073718.NOV02201804.03493

Caruaru/PE, 14/03/2018 11:21:10. Em testº da verdade.

Neide Maria dos Santos Substituta

Emol: R\$ 3,59 - TSN: R\$ 0,80 - Total R\$ 4,39 Op. 31

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.com.br/verificacao



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Bom Retiro - CEP 55060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141683/19

Vítima: MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

CPF: 098.648.454-70

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2017

Titular do CPF: MARIA MARAIZA DE
MACEDO FERREIRA

CPF de: Próprio

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

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA : 983.756.104-10

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

MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA : 098.648.454-70

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.

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: 26/04/2019
Nome: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA
CPF: 983.756.104-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341589/18

Vítima: MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

CPF: 098.648.454-70

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2017

Titular do CPF: MARIA MARAIZA DE
MACEDO FERREIRA

CPF de: Próprio

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

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA : 983.756.104-10

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

MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA : 098.648.454-70

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.

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: 18/09/2018
Nome: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA
CPF: 983.756.104-10

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



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

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190294851 **Vítima: MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA**

Data do Acidente: 14/10/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

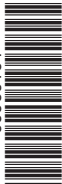
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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

Pag. 00207/00208 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14262418



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, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190294851 **Vítima: MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA**

Data do Acidente: 14/10/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUÇÃO 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

Pag. 00143/00144 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14406508

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190294851 Vítima: MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

Data do Acidente: 14/10/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

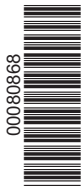
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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

098 648 454 70

Nome completo da vítima

Maria Mariaiza de Macedo Faria

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria Mariaiza de Macedo Faria	098 648 454 70	Retirante
Endereço	Número	Complemento
Rua Vinte	679	CASA
Bairro	Estado	CEP
São João da Senzeca	PE	55018 753
Cidade	Telefone (DDD)	
Caruaru	8196858057	
Email		

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

- ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	Q/V	CONTA	Q/V
0051		00031937	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO	NRO		
Nome			
AGÊNCIA	Q/V	CONTA	Q/V
NRO		NRO	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2019

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

Caruaru, 21 de 08 de 2018

Local e Data

X Maria Mariaiza de Macedo Faria

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 B SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 098.648.454-70 Nome completo da vítima: Maria Maraiza de Macedo Ferreira

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

Nome completo: Maria Maraiza de Macedo Ferreira CPF: 098.648.454-70
Profissão: Recebeu - R Endereço: Rua Vinte Número: 679 Complemento: _____
Bairro: São João da Escada Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55018-753
E-mail: _____ Tel. (DDD): 819.9668.4819

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0051 ☐ CONTA: 31937 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

Local e Data: Caruaru 30/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 05.802.494/0001-1

CPF: _____

TRACAO CORRELTINA
DE SEGURADORA

Assinatura

25/09/17

2ª Nome: _____

CPF: _____

Rua da Aurora, 111 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 ABR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



10 SEP 2019

18 SET 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0180000737

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/03/2018 às
11:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/10/2017 às 22:30

Fato ocorrido no endereço: RUA DA GRECHE - CARUARU/PERNAMBUCO
BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: SÃO JOÃO DA
ESCOCIA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ERINALDO MANOEL DA SILVA (OUTRO)
MARIA NARCIZA DE MACEDO FERREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO, (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse
da(s) Sr(a) MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

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

MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mse: MARIA JOSE DE MACEDO FERREIRA Pai: JOSE ANTONIO FERREIRA Data
de Nascimento: 28/1/1990 Nacionalidade: CACHOEIRINHA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 8287334/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º.
GRÃO COMPLETO Profissão: CAIXA Telefones Celulares:
- 999998851

Endereço: RUA -29 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE
CARUARU, 870, APT. 101 - CEP: 0 - Bairro: SAO JOAO DA ESCOCIA -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ERINALDO MANOEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: MASCULINO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **ERINALDO MANOEL DA SILVA**, que estava em nome do(a) Sr(a): **MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/PRIMA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **LE1478 (PERNAMBUCO/CACHOEIRINHA)** Chassi: **0B0RM62X08G130854**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MAXX**

Complemento / Observação

INFORMA A QUEIXOSA QUE GUIAVA SEU VEICULO ACIMA CITADO QUANDO FOI ATINGIDA POR OUTRO VEICULO MOTOCICLETA HONDA CG 160 VINHO, QUE VINHA EM ALTA VELOCIDADE, PERDEU O CONTROLE DO SEU VEICULO E COLIDIU COM UM MURO, FOI SOCORRIDA POR PARENTES PARA O HOSPITAL POLICLINICA DO SALGADO, EM SEGUIDA FOI PARA A UPA ESTADUAL 24H., SOFREU UM CORTE PROFUNDO NA REGIÃO DA FRONTE DO LADO DIREITO.

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

Maria Maraiza de Macedo Ferreira

MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA
(VITIMA)

S.O. registrado por: **LUCIANO SOARES DOS SANTOS** - Matrícula: **221478-9**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP00ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18. SET. 2018

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0180000737**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/03/2018 às
11:43

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 14/10/2017 às 22:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DA CRECHE - CARUARU/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: SAO JOAO DA**
ESCOCIA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ERINALDO MANOEL DA SILVA (OUTRO)
MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse
do(a) Sr(a): **MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA**



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

MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA (presente no plantão) - Sexo:
Feminino Mãe MARIA JOSE DE MACEDO FERREIRA Pai JOSE ANTONIO FERREIRA Data
de Nascimento: 22/1/1955 Naturalidade: CACHOEIRINHA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 8287334/SSS/PE (RG) Estado Civil AMASIADO(A) Escondimento: 2ª.
GRAU COMPLETO Profissão: CAIXA Telefones Celulares:
- 996668881

(Residência) **RUA -28 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE**
CARUARU, 679, APT. 101 - CEP: 0 - Bairro: SAO JOAO DA ESCOCIA DE SEGUROS LTDA
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
ERINALDO MANOEL DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 ABR 2018

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s). ERINALDO MANOEL DA SILVA, que estava em nome do(s) Sr(s) MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA
 Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/OM PRIMA Objeto apreendido: N/A
 Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NAO INFORMADA)

Placa: LLE1476 (PERNAMBUCO/CACHOEIRINHA) Chassi: 950RM69X0B6120884
 Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011 Combustível: ALCO/GASOL
 Destinação: MAXX

Complemento / Observação

INFORMA A QUEIXOSA QUE GUIAVA SEU VEICULO ACIMA CITADO QUANDO FOI ATINGIDA POR OUTRO VEICULO MOTOCICLETA HONDA CG 150 VINHO, QUE VINHA EM ALTA VELOCIDADE, PERDEU O CONTROLE DO SEU VEICULO E COLIDIU COM UM MURO, FOI SOCORRIDA POR PARENTES PARA O HOSPITAL POLICLINICA DO SALGADO, EM SEGUIDA FOI PARA A UPA ESTADUAL 24H., SOFREU UM CORTE PROFUNDO NA REGIÃO DA FRENTE DO LADO DIREITO.

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

Maria Maraiza de Macedo Ferreira

MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: LUCIANO SOARES DOS SANTOS - Matrícula: 221470-9



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

26 ABR 2019

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 098.648.454-70 Nome completo da vítima: Maria Maraiza de Macedo Ferreira

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

Nome completo: Maria Maraiza de Macedo Ferreira CPF: 098.648.454-70

Profissão: Recebeu-se Endereço: Rua Vinte Número: 679 Complemento: _____

Bairro: São João da Escócia Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55018-753

E-mail: _____ Tel. (DDD): 819-96684834

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 31937 6

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
autorizado

Local e Data: Caruaru 16/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 05.802.494/0001-11

CPF: TRACAO CORRETO RA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura 25/09/19

2ª Nome: _____

CPF: Rua da América, 400 - 17º - N.º 100 - AL. C

Rua Vitor - CEP: 55000-000

Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a paciente MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA, deu entrada nesta unidade de saúde no dia 14/10/2017, às 23:43h, sendo atendida, e liberada às 00:15, conforme prontuário número 2.085 de 14/10/2017, cópia anexa.

Caruaru, 25 de Outubro de 2017.

Alexane Tenório
Alexane Tenório (Sany)
Gerência Administrativa
Matrícula 1548795 Salgado
Gerência UPA Salgado


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

Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a paciente MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA, deu entrada nesta unidade de saúde no dia 14/10/2017, às 23:43h, sendo atendida, e liberada às 00:15, conforme prontuário número 2.085 de 14/10/2017, cópia anexa.

Caruaru, 25 de Outubro de 2017.


Alexane Tenório (Sany)
Alexane Tenório
Matrícula 1543
Gerência UPA Salgado

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SEP 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

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



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - N.º. - 00069 - CENTRO
CACHOEIRINHA PE 55380-000

DADOS DO CLIENTE MATRICULA: 4698851 Nov/2017
GENIVAL ALVES ALMEIDA
R JOSE PEDRO DA SILVA, N.º. 00083 - CENTRO CACHOEIRINHA PE 55380
-000
INSCRIÇÃO: 031.810.550.0000 340 GRUPO: 2 DEB. AUTOMÁTICO: 004608851

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	TIPO DE CONSUMO (VUE)
HIDRÔMETRO A11UB63100	DATA LEIT. ANTERIOR 24/10/2017	DATA LEIT. ATUAL 24/11/2017	ESTIMADO

ÁGUA:
LEIT ANT: 569 CONSUMO: 2
LEIT ATU: 571
LEIT FAT: 571

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

10/2017 09
09/2017 08
08/2017 12
07/2017 08
06/2017 07
05/2017 13
MÉDIA: 10

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.919/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	38	38	38
COR APARENTE	38	38	38
CLORO RESIDUAL	38	38	38
COLIF. TOTAIS	38	38	38
E. COLI	38	38	38

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (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 DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	40,18
JUROS DE MORA 07/2017 08/2017		1,33

RESUMO	VALOR DE CÁLCULO	DESCRIÇÃO DO VALOR	VALOR DE CÁLCULO
PS CONS	40,18 40,18	1,65 7,60	0,66 3,05

VENCIMENTO: 05/12/2017 TOTAL A PAGAR: 41,51

MESSAGEM:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2018

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

Visão Resumida

Conta Contrato Nome

Endereço

007010738070

CLAUDIVAN BARBOSA MENDONÇA

RUA VINTE, 679 - AP-102- SAO JOAO DA ESCOCIA - CARUARU - 550

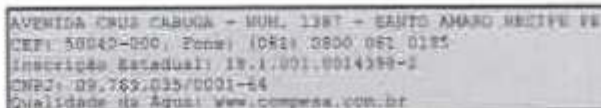
Visão Detalhada

Período	Data Inicial	Data Final	Faturado (kWh)	Reativo Fat. (kVARh)	Data Vcto	Valor	Data Pgto	
04/2019	14/03/2019	10/04/2019	74,00	0	17/04/2019	60,62		Segunda Via de Fatura
03/2019	12/02/2019	13/03/2019	71,00	0	20/03/2019	57,72		Segunda Via de Fatura
02/2019	12/01/2019	11/02/2019	61,00	0	18/02/2019	49,08	02/03/2019	Segunda Via de Fatura
01/2019	15/12/2018	11/01/2019	62,00	0	18/01/2019	47,54	16/01/2019	Segunda Via de Fatura

05.802.494/0001-44
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

26/02/2019

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



Escritório: CACHOEIRINHA

0000-0001-9300-1116

◎◎◎◎◎

03/2018-2

FERNANDA ALVES ALMEIDA

R. JOSE PEDRO DA SILVA, N. 00081 - CENTRO CACHOEIRINHA PE 55380-000

INSCRIÇÃO: 031.810.350.0249.340

GRUPO 2

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 00469883.1

© 2007 The Authors
Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

AGUA		
RESIDENCIAL 501 UNIDADE		
CONSUMO DE AGUA	3 M3	41,30
DEV. FATOR DUPL. 09/2018		0,34

Item	Quantity	Unit Price	Total Price
219	41,30	1,65	6,80
COFINS	41,30	1,60	3,14

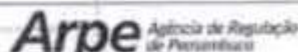
05/04/2019

1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23	2023-24	2024-25	2025-26	2026-27	2027-28	2028-29	2029-30	2030-31	2031-32	2032-33	2033-34	2034-35	2035-36	2036-37	2037-38	2038-39	2039-40	2040-41	2041-42	2042-43	2043-44	2044-45	2045-46	2046-47	2047-48	2048-49	2049-50	2050-51	2051-52	2052-53	2053-54	2054-55	2055-56	2056-57	2057-58	2058-59	2059-60	2060-61	2061-62	2062-63	2063-64	2064-65	2065-66	2066-67	2067-68	2068-69	2069-70	2070-71	2071-72	2072-73	2073-74	2074-75	2075-76	2076-77	2077-78	2078-79	2079-80	2080-81	2081-82	2082-83	2083-84	2084-85	2085-86	2086-87	2087-88	2088-89	2089-90	2090-91	2091-92	2092-93	2093-94	2094-95	2095-96	2096-97	2097-98	2098-99	2099-00	2100-01	2101-02	2102-03	2103-04	2104-05	2105-06	2106-07	2107-08	2108-09	2109-10	2110-11	2111-12	2112-13	2113-14	2114-15	2115-16	2116-17	2117-18	2118-19	2119-20	2120-21	2121-22	2122-23	2123-24	2124-25	2125-26	2126-27	2127-28	2128-29	2129-30	2130-31	2131-32	2132-33	2133-34	2134-35	2135-36	2136-37	2137-38	2138-39	2139-40	2140-41	2141-42	2142-43	2143-44	2144-45	2145-46	2146-47	2147-48	2148-49	2149-50	2150-51	2151-52	2152-53	2153-54	2154-55	2155-56	2156-57	2157-58	2158-59	2159-60	2160-61	2161-62	2162-63	2163-64	2164-65	2165-66	2166-67	2167-68	2168-69	2169-70	2170-71	2171-72	2172-73	2173-74	2174-75	2175-76	2176-77	2177-78	2178-79	2179-80	2180-81	2181-82	2182-83	2183-84	2184-85	2185-86	2186-87	2187-88	2188-89	2189-90	2190-91	2191-92	2192-93	2193-94	2194-95	2195-96	2196-97	2197-98	2198-99	2199-00	2200-01	2201-02	2202-03	2203-04	2204-05	2205-06	2206-07	2207-08	2208-09	2209-10	2210-11	2211-12	2212-13	2213-14	2214-15	2215-16	2216-17	2217-18	2218-19	2219-20	2220-21	2221-22	2222-23	2223-24	2224-25	2225-26	2226-27	2227-28	2228-29	2229-30	2230-31	2231-32	2232-33	2233-34	2234-35	2235-36	2236-37	2237-38	2238-39	2239-40	2240-41	2241-42	2242-43	2243-44	2244-45	2245-46	2246-47	2247-48	2248-49	2249-50	2250-51	2251-52	2252-53	2253-54	2254-55	2255-56	2256-57	2257-58	2258-59	2259-60	2260-61	2261-62	2262-63	2263-64	2264-65	2265-66	2266-67	2267-68	2268-69	2269-70	2270-71	2271-72	2272-73	2273-74	2274-75	2275-76	2276-77	2277-78	2278-79	2279-80	2280-81	2281-82	2282-83	2283-84	2284-85	2285-86	2286-87	2287-88	2288-89	2289-90	2290-91	229
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----

40-96

Exit: 100% INTEREST

Printed on: 14/06/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

0800-2813844

05/04/2019

00469885.1

63/2013-2

TOTAL A. DOLLAR

40.96

VIA COMPESA

Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL. C - 04040-000 - São Paulo - SP - Fone: (011) 5082-1111 - Fax: (011) 5082-1112

Rua Vista - CEP 40.060-010

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 0221204 ou 0800 0221206 (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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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**².

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

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

Pelo exposto, eu, Gemival Alves de Almeida, inscrito (a) no CPF/CNPJ 983.756.104/0, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcia masaize de marcelo furia, (a) no CPF sob o nº 098.648.454/70, do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Marcia masaize de marcelo furia, inscrito (a) no CPF sob o nº 098.648.454/70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Jose Pedro da Silva</u>		Número	<u>81</u>	Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Caruaru</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>81 8455 7922</u>		

Caruaru, 25 de 08 de 2018
Local e Data

Gemival Alves de Almeida
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2018

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

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 0221204 ou 0800 0221206 (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/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Genival Alves de Almeida inscrito (a) no CPF/CNPJ 983.756.104/10, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Maria de Almeida inscrita (a) no CPF sob o Nº 058.648.454/70, do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Maria Maria de Almeida inscrita (a) no CPF sob o Nº 058.648.454/70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Advogado Renda: Advogado e apresento os documentos comprobatórios;

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua José Pedro da Silva</u>		Número	<u>81</u>	Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Caruaru</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>81 8455 7922</u>		

Caruaru de 08 de 2018
Local e Data

Genival Alves de Almeida
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, 5º Andar, Sala 101
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Erinaldo marcel da Silva

RG: 37466953-3, data de expedição 13/07/2001,
 número do CPF 019110109402, c

RG: 37466953-3, data de expedição 13/01/2019, com
Órgão SSP SP, portador do CPF 049110109402, com
no Estado de SP

Órgão SSP SP, portador do nº 123456789, no Estado de SP,
domicílio na cidade de Cachoeira, onde resido na (Rua/avenida/estrada) 123

domicílio na cidade de Colha, Maranhão, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Paranambuco, nº 29.

Passagem de Passagem de, onde reside no nº 29,
Rua Primo Afonso de Melo, nº 29,
de acordo com a lei que o veículo

complemento CASA, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

complemento casca, declaro, sou o(s) proprietário(s) do veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
Maria Mariaza de Macedo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do fato ocorrido com a vítima Maria Marizya de Macedo Figueira

ocorrido com a vítima Maria Maria da Silva
cujo o conduto era Maria Menezes da Macedo Figueira

Veículo: PASSADO

Modelo: prisma MAXX

Ano: 2010 2011

Placa: LIE 5478

Placa: 212 59
Chassi: 9BGR69X0B9 130894

Data do Acidente: 11-30-2017

Local e data do cartório: Parhaizinha 15.02.18

*Erinaldo Monelli da Silva.

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

PE
LIXIANO
STILAN
2017


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 SFT 2013

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-8L, C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

RECIFE-PE

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco - Juízo de Direito da Comarca de Cachoeirinha - PE
Rua da Liberdade, nº 100 - Centro - CEP 55000-000 - Cachoeirinha - PE
Fone: (51) 3233-1100 - Fax: (51) 3233-1101 - e-mail: cartorio@tjpe.com.br


 Taboão da Serra, 138 - Centro - CEP 03288-000 - São Paulo, SP 03288-000 - Telefone: (11) 3304-1100 - Fax: (11) 3304-1101
 5. Rua Wladimir de Brito, 126 - Centro - CEP 03288-000 - São Paulo, SP 03288-000 - Telefone: (11) 3304-1100 - Fax: (11) 3304-1101
 Documento por Autenticidade e firma de ERIVALDO PEREIRA DA SILVA
 do(a) Sr. Es. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 15/12/2017
 09:47:15. Solo(s) 00764955,RAV0201701.02779. Consulte autenticidade
 em: www.tjpe.jus.br/midigital. Emiss: R\$ 3,47 - TSF R\$ 0,75
 FERC: R\$ 0,39

FERC: 15 0,39