

# Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Erimaldo Manoel da Silva

RG: 37.466.653-3, data de expedição 13/07/2004  
Órgão SSP SP, portador do CPF 019 101 094 02, com

domicílio na cidade de Cachoeirinha, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)  
Rua Francisco Aguiar de Melo, nº 29:

complemento lado, declaro, sob as penas da lei, que o veículo  
abacaxi mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Maria Manoela de Melo Pereira  
cujo o conduto era Maria Manoela de Melo Pereira

Veículo: prisma

Modelo: prisma MAX

Ano: 2010

Placa: LIE 1478

Chassi: 9BGR69X0B9130894

Data do Acidente: 11/10/2017

Local e data do cartório: Cachoeirinha 18/02/18

Erimaldo Manoel da Silva:

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDÁ

2 - 100 - 77

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de dirístra)  
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.060-010  
RECIFE - PE

Dica: Reconhecer firma por autenticidade!



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE  
Tabela: VERA LUCIA VALENCIA MELLO E SILVA / Substituta: DIVA LUCIA SANTOS VALENCIA DE MELLO PEREIRA  
R. São Vicente s/n, Bairro: Cachoeirinha - CEP: 50.060-000 - Telefone: 81 3181-1101 - e-mail: cacherinhalog@bol.com.br

Reconheço Pur Autenticidade a firma de ERIMALDO MANOEL DA SILVA  
do nº. Em testemunho da verdade. Cachoeirinha, 15/12/2017.  
09:45:10. Selo(s) 0076430-BAV/0001701/0779. Consultar autenticidade  
no site: lnpv.jus.br/sealigital. Encr.: PI: 3,49 - ISR: R\$ 0,78  
FENI: R\$ 0,39

Aura Lúcia Valéncia Melo e Silva - Tabeliã

VALOR SÓ PODE SER PAGO COM O SELO  
DE AUTÊNCIA DA FIRMADALDO

2018

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDÁ

18/02/2018  
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.060-010  
RECIFE - PE



PREFEITURA DE  
CARUARU

SECRETARIA  
DE SAÚDE

CLÍNICA MÉDICA

UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA DO SALGADO

UPA DO SALGADO

EMERGÊNCIA

24 HORAS

ICHA DO PACIENTE:

Nº DO PRONTUÁRIO:

DATA:

SEXO: F ( ) M ( ) DT.NASC.

NAME:

DADE:

MÃE:

PAI:

ENDEREÇO:

Nº 59

COMPLEMENTO:

AIRRO:

57 Eiscim

CIDADE:

FONE:

Nº DO CARTÃO SUS:

Nº DO RG:

DATA DE EXPEDIÇÃO:

HISTÓRICO DO PACIENTE:

FERIMENTO EN VEGINA FRONTAL INCISO I DIREITA

ATOS VÍTIMA DE COLISÃO DE AUTOMÓVEL C PÁTEO N.º 30  
N.º SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. REFERE DOR  
AN. JOELHO ESQUERDO.

XAME FÍSICO:

Glasgow = 15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FERIMENTO INCISO REGIÃO FRONTAL I DIREITA

CONDUTA:  
1) ASSISTIA + ANESTESIA LOCAL + SUTURA + CURATIVA  
2) ORIENTO PROCURAR SERVICO DE ORTOPEDIA (UPA DO ESTADO)  
3) AVAUXÃO DO JOELHO

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2014

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

GR. S. R. Filho  
Ass. e carimbo do Responsável

RECEPCIONISTA:

CARUARU



UPA24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CONTROLE DE ALTA

NOME:

maria maria lopes

REGISTRO:

IDADE:

27

ALTA - DOMICÍLIO



Dr. Francisco Reis da Cunha

Assinatura e carimbo

ALTA - TRANSFERÊNCIA

Assinatura e carimbo

ALTA - AMBULATÓRIO

Assinatura e carimbo

DATA 15/08/2017

HORA 09:00

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



## 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 AUTOBOMILISTICO COM QUEIXA DE CEFALÉIA E DOR EM MIE

### Exame Físico:

EGR

### Exames complementares:

HD:

TCE LEVE

Conduta:

VPM

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

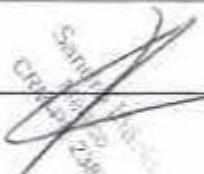
Evolução:

18 SET 2018

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

  
CRM-PE 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

### O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente

MARIA MARIAZIA de MALIBO

Data de nascimento

28/01/1990 RG 8.287.334

CPF

098.648.454 / 00

### O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento

14/10/2017

Nº do B.O.

18E0180000737

Resumo clínico

Paciente vítima de acidente de trânsito

sufreu fratura exposta na região lombária

Diagnóstico

TUE + Fracso exposto supraágua L1-L2

Tratamento

Linfostomia c/ desbridamento

Sequelas

Deficiência nos estudos físicos + hematoma

de irradiados p/ M&D

Data da alta ambulatorial definitiva

19/03/19

Abreu e Lima, 19 de

De 20/03/19  
Dr. Pedro Marques  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 8594  
CPFE: 172.578.324-01  
Médico (CRM)

MUNICÍPIO DE  
CARUARUSECRETARIA  
DE SAÚDE

CLÍNICA MÉDICA UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Sí do paciente  
UPA DO SALGADO

UPA DO SALGADO

EMERGÊNCIA

HORAS DE ATENDIMENTO

ICRADO PACIENTE:

NR DO PRONTUÁRIO:

DATA:

SEXO: F ( ) M ( ) DT.NASC.

NOME:

IDADE:

MÃE:

PAI:

ENDEREÇO:

NR

COMPLEMENTO:

AIRRO:

CIDADE:

Cidade:

FONE:

NR DO CARTÃO SUS:

NR DO RG:

DATA DE EXPEDIÇÃO:

HISTÓRICO DO PACIENTE:

FEGALGEMTO EN REGIÃO FEMINIL INCISO 1º DEGENERA

ANOS VITIMA DE COLISÃO DE AUTOMÓVEL C/ PAREDE N.º 30

SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. REFERIR DOR

SR. JOELHO ESEQUENDO.

EXAME FÍSICO:

Glasgow: 15

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FEGALGEMTO INCISO REGIÃO FEMINIL 1º DEGENERA

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C

Bela Vista - CEP 50.060-010

CONDUTA:

- 1) ASSESSIA + ANESTESIA LOCAL + SUTURA + CURATIVA
- 2) ORIENTO PROCURAR SERVICO DE ORTOPEDIA (UPA DO ESTADO)
- 3) AVAUNAO DO JOGO

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

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

Ass. e carimbo do Responsável



## 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 AUTOBOMILISTICO COM QUEIXA DE CEFALÉIA E DOR EM MIE

### Exame Físico:

EGR

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LEVA

### Exames complementares:

25 ABR 2018

Rua da Aurora, 10175, S. 902 BL C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HD:

TCE LEVE

RECIFE-PE

### Conduta:

VPM

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LEVA

### Evolução:

05.802.494/0001-41 SET 2018

Rua da Aurora, 10175, S. 902 BL C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Sandro Inacio do Carmo  
CRM-23889

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



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
18-SET-2004

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

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado juntamente 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  
25/06/1973



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-PF





05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, 1119, 3º andar  
Bela Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

Rua da Aurora, 1115, 3º andar  
Bela Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-13  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUNDOS ITUA

26 ABR 2019

Mesa da Aurora, Nº 175, S.J. Rio Pardo - RS

Bos Vista - CIP-50.080-010

THE COUNCIL



**Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número  
**983.756.104-10**

Nome  
**GENIVAL ALVES DE ALMEIDA**

Nascimento  
**25/08/1973**

ESTADO DE PERNAMBUCO  
INSTITUTO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DAVID BOAS FERREIRA



**05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA**

**26 APR 2019**

Rua da Aurora, nº 175, S1 502-BLC  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

**05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
S1 502-BLC  
26 APR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, S1 502-BLC  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENITRRN

DETAN - PE		Nº 013434224172
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA:	CÓD. REINÍCIO:	DATA INIC.
1	214440613	*****
EXERCÍCIO		
2017		
ERINALDO MARCEL DA SILVA		
CACHORRINHA-PB		
CPF / CNPJ:	PLACA:	
049.401.094-02	LLE1478	
PLACA ANTO. / NR:	CHASSIS:	
LLE1478/R / RJ	9BGRM69X0BG130894	
ESPECIE VEÍC:	COMBUSTIVEL:	
PAS / AUTOMÓVEL	ALCOO/CÁSOL	
MARCA / MODELO:		
GM/PRISMA MAXX	ANO FAB:	ANO MFG:
5P/97CV/1400CL	2010	2011
CAP / POT / CIL:	CATEGORIA:	COR PREDOMINANTE:
	PARTIC	PRATA
COTA ÚNICA:	VENDE COTA UNICA:	VEIC. CERTIF:
I P V A	IPVA 2017 QUITADO	1 <sup>o</sup> ***** 2 <sup>o</sup> ***** 3 <sup>o</sup> *****
PAÍSA LIVRA:	VALOR DO IMPÔTO LIQUIDO:	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — ICP (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO:		
<b>SEGURADO PAGO</b>		
RESERVA		
DATA:		
10/06/17		
CACHORRINHA-PB		
Charles Andrews Souza Ribeiro		
Diretor Presidente DETAN/PB		

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

PE Nº 013434224172 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
ERINALDO MARCEL DA SILVA  
55380-000  
CS V POMBOS CACHORRINHA-PB  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	10/06/17	
VIA:	CPF / CNPJ:	PLACA:
1	049.401.094-02	LLE1478
MARCA / MODELO:		
214440613	GM/PRISMA MAXX	
ANO FAB:	ATUAL:	AN. CHASSI:
2010	01	9BGRM69X0BG130894
PRÉMIO TARIFÁRIO		
VALOR PREMIOS:	VALOR ICP:	VALOR FERRO LIQUIDADO:
VALOR DO BILHETE (R\$):	ICP (R\$)	VALOR FERRO LIQUIDADO (R\$)
<b>SEGURADO PAGO</b>		
PAGAMENTO:		
COTA ÚNICA	PAGAMENTO	ANCELADO
DATA DE QUITAÇÃO:		

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 05.016.500/0001-04

DESTAQUE: S. GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELA NAO È DE PORTA OBRIGATÓRIO.

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



**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? [X] Sim [ ] Não**

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

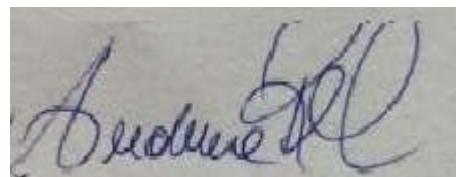
Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

25 ADO 2010

Rua da Aurora, nº 105, sl 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
#FCIFF,sp

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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      **Data do acidente:** 14/10/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
FERREIRA

## 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
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## Procuração

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

- Outorgante Maria Maraiza de Macedo Ferreira  
portador(a) do documento de identidade nº 8.287.334 expedido por SIS PE  
10.05.2007 inscrito no CPF sob o nº 098.648.454-70, residente na  
Rua Vinti, nº 679  
complemento casa, Bairro São João da Igreja,  
Cachimbo, Estado PE.
- Outorgado Gonçalo Alves de Almeida  
portador(a) do documento de identidade nº 62.170.60 expedido por SSP PE  
07.11.98 inscrito no CPF sob o nº 983.756.104-10, residente na  
Rua José Pedro da Silva, nº 81  
complemento casa, Bairro Centro, cidade  
Cachimbo, Estado PE.

Amplos 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, especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Caruaru 14 de Março de 2018



Outorgante

X Maria Maraiza de Macedo Ferreira

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO  
Av. Presidente Dutra, 16 - Centro - Caruaru - PE - CEP 56300-400 Fone: (81) 3700.4723 - Fax: (81) 3700.4728

BRL. ORNÉSIO TOIRONI

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.

NELDE MARIA DOS SANTOS - Substituta  
Emol/R\$ R\$ 0,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op. 31

Consulta Autenticidade no site [www.tjpe.jus.br](http://www.tjpe.jus.br)



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C  
Bela 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(a) do documento de identidade nº 8.287.334, expedido por SOSP/PE

10.05.2007 inscrita no CPF sob o nº 098.648.454-70, residente na  
Rua Vinti, nº 679

complemento Casa

Bairro

São João da Igreja

Castelazur

Estado PE

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

2. Outorgado Jonival Plus de Almada

26 ARR 2019

portador(a) do documento de identidade nº 62.170.60, expedido por SOSP/PE

07.11.98 inscrita no CPF sob o nº 983.756.104-10, residente na

Rua José Pedro da Silva, nº 81

complemento Casa

Bairro

Centro

cidade

Caeté/RN, Estado PE

Amplos 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.

Caeté 14

de Março

da 2018



Outorgante Maria Maraiza de Macedo Ferreira

3º SERVICO NOTARIAL E DE PROTESTO

Sel. CERTOS TORCIBO

E-mail: [certos.torcobo@certos.torcobo.com.br](mailto:certos.torcobo@certos.torcobo.com.br) - Celular: (84) 98130-4400 - Fax: (84) 3770-0711 - Fone: (84) 3770-0711

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

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

NEIDE MARIA DOS SANTOS - Substituta  
Emol. R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op. 51  
Consulte Ajustamento em [www.certos.torcobo.com.br](http://www.certos.torcobo.com.br)



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18-SFT-2019  
Rua das Flores, nº 175, sl. 907 BL C  
BORGES - LEP 50.060-010  
05.802.494/0001-41  
RECIFE-PE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141683/19

**Vítima:** MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

**CPF:** 098.648.454-70

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/10/2017

**Titular do CPF:** MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## 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](http://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 Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Steffany Caroliny Lins Veloso

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341589/18

**Vítima:** MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

**CPF:** 098.648.454-70

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/10/2017

**Titular do CPF:** MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GENIVAL ALVES DE ALMEIDA

Jose Soares da Silva Filho

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 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 mariaza de macido ferreira

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

Nome completo

Maria mariaza de macido ferreira

CPF titular da conta

098 648 454 70

Profissão

Recepcionista

Endereço

Rua Vinte

Número

679

Complemento

CASA

Bairro

São João da Bertioga

Cidade

Paraná

Estado

PE

CEP

55018 753

Email

Telefone (DDD)

81 9685 8057

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

Nº

CONTA

Nº

Nº

0051

00031937

(Inserir digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº

Nº

AGÊNCIA

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

CONTA

Nº

Nº

(Inserir digito se existir)

(Inserir digito se existir)

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Omaru , 25 de 08 de 2018 .

Local e Data

18 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

X Maria mariaza de macido ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL902 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:	Nome completo da vítima:		
	098.648.454-70	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: <i>Maria Maraiza de Macedo Ferreira</i>				
Profissão: <i>Recepcionista</i>	Endereço: <i>Rua Vinte</i>	CPF: <i>098.648.454-70</i>		
Bairro: <i>São João da Encruzilhada</i>	Cidade: <i>Caruaru</i>	Número: <i>679</i>	Complemento:	
E-mail:		Estado: <i>PE</i>	CEP: <i>55018-753</i>	Tel. (DDD): <i>(83) 9.9668-4819</i>

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT à 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider 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)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data de 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 substituir assinatura)  
 Local e Data: *Caruaru 36/04/19*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: *05.802.494/0001-...*  
 CPF: \_\_\_\_\_ TRAÇÃO CORRETURA  
 DE SEGURO LIDER  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2º | Nome: *25/09/2017*  
 CPF: \_\_\_\_\_ Rua da Automa, 1017, B. Rio Brilhante  
 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

2 II ABR 2019

Rua da Aurora, 1175, 51.902 BL.C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2019

Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL.C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL.C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
18 SET 2019

Rua da Aurora, N° 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 POLÍCIA DA 080ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -  
DP80ºCIRC DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 18E0180000737

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

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

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



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse  
do(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 Nasc. MARIA JOSEFE MACEDO FERREIRA Nasc. JOSE ANTONIO FERREIRA Data  
do Nascimento: 28/1/1958 Naturalidade: CACHOEIRINHA / PERNAMBUCO /  
BRASIL Documentos: 8287334/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º.  
Grau Completo Profissão: CAIXA Telefones Celulares:  
- 888888851

Endereço: RUA -29 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo à: MUNICÍPIO DE  
CARUARU, 870, APT. 101 - CEP: 9 - Bairro: SÃO JOÃO DA ESCÓCIA -  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (não presente ao 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)

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(s)-Sr(a): **ERINALDO MANOEL DA SILVA**, que  
 estava em BOA HORA Sra(a): **MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA**  
 Categoría/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/PRISMA** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRATA** x Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **LLE1478** (PERNAMBUCO/CACHOEIRINHA) Chassi: **0BORM89XBBG130894**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**  
 Descrição: **MAXX**

### Complemento / Observação

INFORMA A QUEIXOSA QUE GUIAVA SEU VEÍCULO ACIMA CITADO QUANDO FOI ATINGIDA POR OUTRO VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA CG 150 VINHO, QUE VINHA EM ALTA VELOCIDADE, PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E COLIDIU COM UM MURO, FOI SOCORRIDA POR PARENTES PARA O HOSPITAL POLICLÍNICA 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 2013

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. SEF 2018

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  
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -  
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0180000737

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

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

Fato ocorrido no endereço RUA DA GRECHE - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo à: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: SAO JOAO DA ESCOCIA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Local do Fato: VIA PÚBLICA



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  
dessa Sra.: MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA.

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

MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Mãe MARIA JOSEDE MACEDO FERREIRA Pai JOSE ANTONIO FERREIRA Data  
do Nascimento: 28/1/1958 Naturalidade: CACHOEIRINHA / PERNAMBUCO /  
BRASIL Consumidor: 8287334/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASADO(A) Escaladade: 2º.  
GRAU COMPLETO Profissão: CAIXA Telefones Celulares:  
- 98888888

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

RESIDENCIAM: RUA - 29 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo à: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: SAO JOAO DA ESCOCIA DE SEGUROS LTDA  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

26 ABR 2019

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

ERINALDO MANOEL DA SILVA (não presente no 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  
reside em Dossor do(a) Sr(a) MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA  
Cidade/Rua/Rua/Marcelo: AUTOMÓVEL/ON/PRIAMA Objeto apresentado: N/A  
/ LAR/ Unidade - Localidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: LLE1476 (PERNAMBUCO) Cachoeirinha/CEP: 59090-000  
ano Fabricação/Validade: 2010/2011 Combustível: ALCO/GASOL  
Engenheiro: 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 MUNDO, 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(n) neste local**

Maria Karina de Mauro Ferrara

MARIA MARAIZA DE MACEDO FERREIRA  
(VITIBÁ)

0-0 - Emissário por: LUCIANO SOARES DOS SANTOS - Matrícula: 221478-9



05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
FIR SET 2013 CEP: 56110-000  
RECIF-PE  
RUA DA ALURIA, NR. 375, S/ 903 BL. C  
BUSA VISTA - CEP: 50.160-030  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

25 APR 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BLC  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

# 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:	Nome completo da vítima:		
	098.648.454-70	Maria Maraiza de Macedo Ferreira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	CPF:	Complemento:
Revisor - se		Rua Vinte	098.648.454-70	
Bairro:	Cidade:	Estado:	Número:	CEP:
São João da Escada	Lanuara	PE	679	55018-753
E-mail:				Tel. (DDD): 0819.9668-4819

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 Lider 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)  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:  
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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  
víma ou  
beneficiário  
declarante  
Local e Data: Lanuara 16/04/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: 05.802.494/0001-11  
CPF: TRAÇÃO CORRENTE  
DE SEGURO DPVAT  
Assinatura  
2º | Nome: 26/04/2019  
CPF: Rio da Júrua, 10.175.54.900-11  
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 RODO, 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.



CARUARU

UPA DO SALGADO

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

## 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  
Gerência Administrativa  
Matrícula 15489540000  
Gerência UPA Salgado

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 SFT 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C  
Bela Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



CARUARU

UPA DO SALGADO

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

## 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 Tenédo (Sany)  
Alexane Tenédo - Gerência Administrativa  
Matrícula 1543196363500  
Gerência UPA Salgado

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 ABR 2019

Rua da Aurora, nº 175, S. 502 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
06777-099

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
4-B-SF-F-2019  
Rua da Aurora, nº 175, S. 502 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
06777-099  
NECIFE-PE



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.436, de 25/04/02

## NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Pernambuco  
Av. João de Barros, 771, Boa Vista, Recife/PE, Pernambuco - CEP 50050-952  
CNPJ 11.000.000.0001-00 | Inscrição Estadual: 0000043-82 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE:

CLÁUDIA VIANA REBECA MEDINA CARVALHO

CNPJ: 05.02.261.024-19

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

Monofásico

TERRA/NATURAL

Sobrenome:

Nome:

Número:

Logradouro:

Cidade:

UF:

CEP:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado Civil:

Profissão:

Religião:

Nacionalidade:

Naturalidade:



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

ATENDIMENTO: RUA ALEXANDRE PROTASSIO - NÚM. - 00069 - CENTRO  
CACHOEIRINHA PE 55380-0000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 4646851 Nov/2017		
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1 QUANTIDADE DE CONSUMO	COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A11U863280	DATA LEIT. ANTERIOR 24/10/2017	DATA LEIT. ATUAL 24/11/2017	TIPO DE CONSUMO (A/E) ESTIMADO	

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

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

18/2017	09	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORT	ANALISES
09/2017	08	COR APARENTE	38	38	38
08/2017	12	CLORO RESIDUAL	38	38	38
07/2017	06	COLIF. TOTAIS	38	38	38
06/2017	07	E. COLI	38	38	38
05/2017	13				

MÉDIA: 18

Qualidade de Água: [www.compresa.com.br](http://www.compresa.com.br)  
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENTA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARÂMETROS COFORMES 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)	2.143	49,18
CONSUMO DE ÁGUA		1,33
JUROS DE MORA 07/2017-08/2017		

ITEM	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE	VALOR TOTAL(R\$)
PS GEME	40,18	1,65	6,66

VENCIMENTO: 25/12/2017 TOTAL A PAGAR: 41,51

MENSAGEM:

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

## 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		<u>Segunda</u> <u>Via de</u> <u>Fatura</u>
03/2019	12/02/2019	13/03/2019	71,00	0	20/03/2019	57,72		<u>Segunda</u> <u>Via de</u> <u>Fatura</u>
02/2019	12/01/2019	11/02/2019	61,00	0	18/02/2019	49,08	02/03/2019	<u>Segunda</u> <u>Via de</u> <u>Fatura</u>
01/2019	15/12/2018	11/01/2019	62,00	0	18/01/2019	47,54	16/01/2019	<u>Segunda</u> <u>Via de</u> <u>Fatura</u>

05.802.494/0001-  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUIMENTO LTDA

26.102.773

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.160-010  
Ref: 11129





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

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

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

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

Pelo exposto, sou Geralval Alvis de Almude inscrito (a) no CPF/CNPJ 983.756.104/40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mariazé de Souza inscrita (a) no CPF sob o Nº 098.618.454-70, do sinistro de DPVAT cobertura imobilizado da Vítima Mariazé de Souza inscrita (a) no CPF sob o Nº 098.618.454-70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Desbravador Renda: R\$ 1.000,00 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	<u>Rua José Pedro da Silveira</u>	Número	<u>81</u>	Complemento	<u>lo SC</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	<u>55380-000</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>81 8155 7992</u>

Recife, 21 de 08 de 2018  
Local e Data

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 SET 2018

Assinatura do Declarante

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

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

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

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

Pelo exposto, o(a) Jenival Alvis de Almude inscrito (a) no CPF/CNPJ 983.756.104-40,  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria mariazinha demarido fusino <sup>parte da</sup>  
 (a) no CPF sob o N098.618.464-70 do sinistro de DPVAT cobertura invalididade da Vítima  
Maria mariazinha demarido fusino inscrito (a) no CPF sob o N098.618.454-70, conforme  
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Juliana curi Renda: R\$ 2000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 ABR 2019

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.  
 Boa Vista - CEP: 50.050-010

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 Silveira</u>		Número	<u>81</u>	Complemento
Bairro	<u>entro</u>	Cidade	<u>Caeté</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	<u>55380-000</u>
		Telefone celular (DDD)			<u>81 8155 7922</u>

Caeté de 08 de 2018 05.802.494/0001-41  
 Local e Data

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41  
 18 SET 2019  
 Rua da Aurora, nº 75, 50.050-010  
 Boa Vista, CEP: 50.050-010  
 RECIFE-PE

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Ermaldo manuel da Silva

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

Órgão SSP SP, portador do CPF 011 111-1111, no Estado de  
domicílio na cidade de cochais, onde resido na (Rua/avenida/estrada) 02

Paranábulco, onde resido na (Rua/Avenida) Rua România nº 29, agilíssimo de milo.

complemento LASA, declaro, sob as penas da lei, que o veículo  
pertence (ou era) de minha propriedade na data do acidente

complemento Fazia, abalro mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima Maria Manoiza de maezdo Fuzonha cujo o conduto era Maria Manoiza de maezdo Fuzonha

Veículo: enxiao

Modelo: prisms MAX

Ano: 2010-2011

Placa: LIE 5478

Placa: 256-341  
Chassi: 9B9R69XOBG 130894

Data do Acidente: 11/10/2017

Local e data do cartório: Pachonimba 15.02.18

~~\*Erinolfo Nonell da Silva~~

**Assinatura do Declarante**

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

*Obs: Reconhecer firma por autenticidade!*



**CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE CACHOEIRINHA - PE**  
Silvânia, VERA LUCIA VALANCA MELO E SILVA / SORRINHA, LIMA LUIZA SOARES VALENCA DE MELO FELIXIANO  
E-mail: [pe.cachoeirinha@justica.rj.gov.br](mailto:pe.cachoeirinha@justica.rj.gov.br) - Telefone: (21) 2780-1145 - Fax: (21) 2780-1145 - Endereço: Rua Dr. José de Souza, 100 - Centro - CEP 27200-000 - Cachoeirinha - RJ - Brasil

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 SEP 2013

Rua da Aurora, Nº 175, 51902-800  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE