



0030

DECLARAÇÃO

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

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados 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, Zenaida Batista Mendonça da Silva, portador(a) do

RG nº 7.038.452, expedido por SOS/PE, em
31/03/14, CPF/CNPJ nº 667.847.864-91

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) José Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez
da vítima José Maria da Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: Revisor - se

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Zenaida Batista Mendonça da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

03-III-V, 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RFCIFE-PE



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu Jose Jefferson Andrade da Silva

RG: 9.503.575, data de expedição 22/06/2012

Órgão SDS, portador do CPF 102.545.754-47 com

domicílio na cidade de Bezernes, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Emendilhada de São João, nº 61,

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

Veículo: moto

Modelo: Honda / CG 150 TITAN ESD

Ano: 2011

Placa: PEU 8705

Chassi: 9C2KC16506RS326729

Data do Acidente: 28/12/2016

Local e data do cartório: Bezernes 08 FEV. 2017

Jose Jefferson Andrade da Silva 2º Cartório
Assinatura do Declarante
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
03 NOV. 2017

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50060-000
RECIFE-PE

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Maurício, 52 - Centro - Bezerros - PE - Fone (81) 3728-1102
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 08/02/2017 11:58:20
JOSE JEFFERSON ANDRADE DA SILVA, Dou fe.
Em testemunho da verdade.
Jose Rivaldo Soares de Lima - Escrevente
Selo Digital N. 0077727.JXL01201701.03226
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital

Custas R\$ 3,00
TSR R\$ 0,78
Total R\$ 4,66



MS-DATASUS
VERSÃO: 13.70

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIN - SISAIH01
INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA
ESPELHO DA AIN



O.E.: W280180001 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 03/2017 PAG.: 88
Nº da AIN: 261710519150-3 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL DATA: 04/05/2017
Agendamento: 03/2017 Data Autenticação: 21/12/2016

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: W280180001 CRC:
Doc autorizador: 980016003672395 Doc med neg: 204322839720003 Doc diretor clínico: 204322839720003 Doc médico colte: 203780411700001
CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA CRES: 70500108753605-7
Paciente: JOSE MARIA DA SILVA Prontuário: 27529
Data Rec: 10/09/1962 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc: Identidade Doc: 3519058
Responsável soc: JOSE MARIA DA SILVA Nome do CBO: MARIA CECILIA DA CONCEICAO
Endereço: SÍTIO PE DE SERRA Bairro: ENCRUZILHADA Repa/Cor: 04-AMARELA Emissão: 0000-NAO SE APLICA
Município: 250190 - BEZERROS UF: PE CEP: 55860-000 Telefone: (81)0372-88717 Cuidado Prec: 7 - NÃO
Procedimento solicitado: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Procedimento principal: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Diag. principal: 5823-FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
Complementar:
Caracter. atendimento: 02 - URGENCIA
Data Informação: 21/12/2016 Data colte: 23/12/2016 Mot. colte: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIN Anterior: - AIN Posterior: -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CRPJ do Empregador: CMAER: -
Vínculo Previdência: CSOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNESC/CNPJ	Anular Valor	Data	Descrição
1	0403080500	204322839720003	225151(6)	2344254	204322839720003	12/2016	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050500	204322571080018	225151(6)	2344254	2344254	12/2016	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0403210320	204322839720003	225151(6)	2344254	2344254	12/2016	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
4	0802010016	204322839720003	225151(6)	2344254	2344254	12/2016	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
5	2403010016	204322839720003	225151(6)	2344254	2344254	12/2016	CURATIVO EMAN II C/OU S/DEBIDAMENTO

DADOS DE OPT						
Linha	Data Recol	CNPJ Emissor	Lei	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	52816	41.249.434/0001-07				

CID SECUNDÁRIO		
Cid	Característica	Descrição
V021	PREEXISTENTE	PEDESTRE TRAUM. EM COL. C/VEIC. A MOTOR DE 2/3 RODAS - ACIDENTE DE TRANSITO
Número da Recolha: Número da Solução: Nº Pré-Recolha:		
Vivos: Mortos: Atos: Transf: Outros:		

De acordo com a Portaria SASMS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12966, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Raymundo Francisco de Sá
Médico
CREMEPE: 5375

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 19/05/17
Hospital Jesus Pequeno
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE 4.4719 3 NOV. 2017

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

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Paulo da Silva**289169**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente automobilístico com
lesões graves em membros superiores e inferiores, desvio de
qualquer natureza articular.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

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

Ex: fratura do osso do Peroneu (B)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura do osso do Peroneu (B)**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento de osso do Peroneu (B)

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CCPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

João Paulo da Silva**18/12/16****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() NÃO SEGURO

05.002.194/0001**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CCPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

26 ABR. 2019Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425650/17
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA
CPF: 020.973.154-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016
Titular do CPF: JOSE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2018
Nome: ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA
CPF: 667.847.864-91

ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

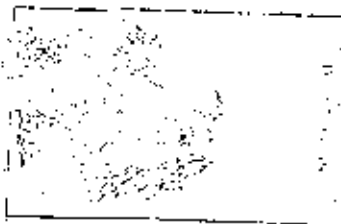

Steffany Carolyn Lins Veloso

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL



CARTEIRA DE DEFESA SOCIAL

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.610.035

22/11/2012

<< JOSÉ MARIA DA SILVA >>

<< FRANCISCO FORTUNATO DA SILVA >>

<< MARIA CECÍLIA DA COSTA >>

JUNTA - RJ

10/02/2012

<< C. N. 1072 LATA P. 77 CART. 2º DIST. >>

1072-73 C. 2. 2007 >>

1072-73-134-02

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

F-22 00702

- FICHA



05.802.494/0001-4

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
<p>ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUHL</p> <p>EC-5</p>		<p>REGISTRO GERAL 7.078.452</p> <p>DATA DE EXPEDIÇÃO 31/03/2014</p>	
<p>NOME << ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA >></p> <p>FILIAÇÃO << JOSÉ MENDONÇA DA SILVA >> << ROSA MARIA DA SILVA >></p> <p>NATURALIDADE CARUARU - PE</p> <p>DATA DE NASCIMENTO 12/09/1970</p> <p>DOC. ORIGEM << 074195 02 55 1976 1 00001 159 0000843 98 CARUARU-PE >></p> <p>CPF 657.847.864-91</p>		<p>ASSINATURA DO TITULAR</p> <p><i>Zenaida Batista Mendonça da Silva</i></p> <p>ASSINATURA DO DIRETOR</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.110 DE 20 DE JUNHO DE 1966	

F-60 25.866 - 4333



Carteira de Identidade de 1971

[Assinatura]

35.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

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

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: 3170592762

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

Data do acidente: 18/12/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NÃO INFORMADO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES.

APRESENTAR BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO COM DESCRIÇÃO DAS LESÕES AGUDAS E DAS CONDUTAS MÉDICAS TOMADAS PARA CORRIGI-LAS.

APRESENTAR PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170592762

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

Data do acidente: 18/12/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170592762

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

Data do acidente: 18/12/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva do terço médio da diáfise da tíbia e terço médio distal da fibula esquerdas

Descrição do exame médico pericial: Vítima com queixa de dor no joelho esquerdo. Ao exame, apresenta marcha claudicante (+/+4) e flexão à 70° em joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico, osteossíntese com haste intramedular.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

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

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



0025

Comprovação do ato declarado

LIVRO: 266-P - FOLHA: 075

TRASLADO: 1º

PROCURAÇÃO bastante que faz **JOSÉ MARIA DA SILVA**, na forma abaixo:

S A I B A M/ quantos este público instrumento de procuração bastante virem que, aos vinte e cinco (25) dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezessete (2017), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2.º Ofício a meu cargo à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: **JOSÉ MARIA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, capaz, analfabeto, marceneiro, nascido em 10-09-1962, portador da CI/RG n.º 3.619.085-SDS/PE, e do CPF/MF n.º 020.973.154-02, residente e domiciliado no SÍTIO PE DE SERRA DE SÃO FRANCISCO, 570-B, ZONA RURAL, CARUARU - PE, CEP: 55000-000; reconhecido de mim, tabelião, e por ele me foi dito, que por este público instrumento, e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora: **ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA**, brasileira, solteira, alfabetizada, agricultora, nascida em 12-09-1970, portadora da CI/RG n.º 7.078.452-SDS/PE, e do CPF/MF n.º 667.847.864-91, residente e domiciliada no mesmo endereço do outorgante; a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as **SEGURADORAS** que constituem o **CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandado e finalidade. Para o que, ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandado. Em fé da verdade assim o disse e outorgou e, sendo-lhe esta lida por mim, Tabelião, aceita e assina o presente. Dispensada a presença e a assinatura das testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do outorgante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patricia de Melo, brasileira, portadora do RG. n.º 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF n.º 027.006.854-66, residente e domiciliada, nesta cidade. **Emolumentos líquidos R\$ 58,09; T.S.N.R.(20%) R\$ 12,91; FERC: R\$ 6,46.** Eu, (a) Marinaldo José de Vasconcelos, Tabelião Substituto a digitei, subscrevo e assino. Bezerros(PE), 25 de agosto de 2017. (a) **JANAINA PATRICIA DE MELO**. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta procuração somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: **0077727.LVH07201701.04050**. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Bezerros(PE), 25 de agosto de 2017.

Em testemunho da verdade.

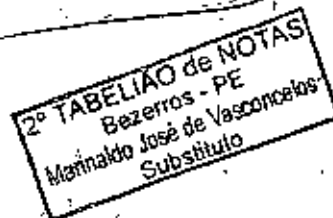
Marinaldo José de Vasconcelos
Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto



35.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 AUV. 2017

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425650/17

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

CPF: 020.973.154-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016

Titular do CPF: JOSE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

JOSE MARIA DA SILVA : 020.973.154-02

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA : 667.847.864-91

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/11/2017

Nome: ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA

CPF/CNPJ: 667.847.864-91

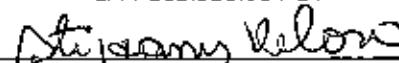
ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2017

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170592762**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE MARIA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

ST PE DE SERRA DE S?O FRANCISCO, 570 - ST PÉ DE SERRA - Caruaru - PE - CEP 55031-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** /PE] **3619085**

Data e local do acidente: [**18/12/2016**] **caruaru**

Data e local do exame: [**11/05/2018**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura cominutiva do terço médio da diáfise da tíbia e terço médio distal da fíbula esquerdas

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

Submetido a tratamento cirúrgico, osteossíntese com haste intramedular.

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

Vítima com queixa de dor no joelho esquerdo. Ao exame, apresenta marcha claudicante (+/+4) e flexão à 70° em joelho esquerdo.

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:

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "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 (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 R. Madeira
CRM - 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2017

Carta nº: 11931237

A/C: JOSE MARIA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170592762 ASL-0425650/17

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

Data Acidente: 18/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE MARIA DA SILVA
Nº Sinistro: 3170592762
Vitima: JOSE MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 18/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170592762**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARIA DA SILVA
Nº Sinistro: 3170592762
Vitima: JOSE MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 18/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170592762**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARIA DA SILVA

Sinistro: 3170592762

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170592762** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Carta nº: 12839676

A/C: JOSE MARIA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170592762
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 18/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 0000034014-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Jose Maria da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.649.085 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 19 / 12 / 12 E
CPF 0209137154-02 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO seguro de
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.350,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Maria da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDAParauari 19 de Setembro de 2017

LOCAL E DATA

Jose Maria da SilvaASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
RUA DA ALFAMA, Nº 175, 51.502-010

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

**ATENÇÃO**

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

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Maurício José de Vasconcelos

Tabelião

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

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



LIVRO Nº 246-E - FLS. 001
ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

Traslado: 1º

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, aos três (3) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: **JOSÉ MARIA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, marleteiro, analfabeto, nascido em 10-09-1962, filho de Francisco Fortunato da Silva e de dona Maria Cecília da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG. nº 3.619.085-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 020.973.154-02, residente e domiciliado no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE., CEP: 55000-000; reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo Declarante, falando sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o Seguro DPVAT, me foi declarado que é residente e domiciliado no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE., CEP: 55000-000, e que existe no município onde reside Instituto Médico Legal - IML, e que realiza perícia médica com prazo superior a noventa (90) dias, declarando ainda, possuir conta na Caixa Econômica Federal - Agência 0051, conta poupança de nº 34014-6. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assina; dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro, ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do declarante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digital, assina Zenaide Batista Mendonça da Silva, brasileira, solteira, agricultora, nascida em 12-09-1970, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.078.452-SDS/PE., e do CPF/MF. nº 667.847.864-91, residente e domiciliada no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE., CEP: 55000-000; dou fé. Emolumentos líquidos: R\$ 147,74; FERC: R\$ 16,42; TSNR: R\$ 32,83. Eu, (a) Maurício José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitei, subscrevo e assino. Bezerros, 03 de janeiro de 2018. (a) ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.AOX12201701.04459. Consulte autenticidade em WWW.tjpe.jus.br/selodigital.




Bezerros(PE), 03 de janeiro de 2018.

Em testemunho

Maurício José de Vasconcelos - Tabelião de Notas.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425650/17
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA
CPF: 020.973.154-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016
Titular do CPF: JOSE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE MARIA DA SILVA : 020.973.154-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2018
Nome: ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA
CPF: 667.847.864-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0045004188

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/08/2017** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/12/2016** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, SITIO PAU SANTO, ZONA RURAL -**
 Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

.. (AUTOR \ AGENTE)
 JOSE MARIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MARIA DA SILVA

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

JOSE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe. MARIA CECILIA DA CONCEIÇÃO Pai: FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: **10/9/1962** Naturalidade: **JUREMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3619085/SDS/PE (RG), 02097315402 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 570, SITIO PE DE SERRA DE SÃO FRANCISCO, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

.. - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MARIA DA SILVA** **05-802.494/0001-4"**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não** **TRAÇÃO CORRETORA**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)** **DE SEGUROS LTDA**

Placa: **PEU8705** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **328561509** Chassi: **9C2KC1650BR59-0518V** **2017**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE JEFFERSON ANDRADE DA SILVA**

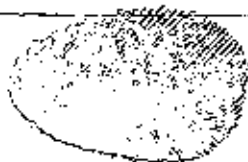
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Complemento / Observação

A VITIMA NOTICIA QUE NA DATA E HORARIOS ACIMA DESCRITOS, ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO, QUADN PERDERA O CONTROLE DA MOTOCICLETA, AO COLIDIR COM UM "MONTANTE" DE AREIA, DEIXADA NA VIA, CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO; QUE ELE VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, ONDE FICOU INTERNADO E DIAS APÓS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS - PE, LOCAL ESTE ONDE A VITIMA FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS CIRURGICOS COMO CONSTA NAS DECLARAÇÕES APRESENTADAS PELO MESMO NESTA DEPOL, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

JOSE MARIA DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Maria da Silva, portador da carteira de identidade nº 13.619/085 e inscrito no CPF/MF sob o nº 020.973.154-02, residente e domiciliado na St. Pt de Serra de São Francisco, Cidade Paruaru, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Marcile Botelho da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Paruaru, 19/09/17 05.802.494/0001-43
Local e data TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

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



Secretaria
de Saúde

Governo do Município de Caruaru

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) JOSÉ MARIA DA SILVA CPF-020.973.154-02 e RG-3619085 SDS/PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1612180175 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao(a) mesmo(a) no dia 18/12/16 às 18h e 01min, no endereço Sitio Pau Santo, CARUARU/PE, com queixa de **ACIDENTE DE MOTO** tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para a HRA. Esta declaração foi entregue a Sr.^a ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA CPF-667.847.864-91 e RG-7078452 SDS/PE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 19 de Janeiro de 2017

Elaine Gouveia
Gerente Administrativa do SAMU

Gerente Administrativo do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 20/1/17

Zenaida Batista Mendonça da Silva

05.802.494/0001-4

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000034014-6

Nr. da Autenticação 6E6F108821E869CA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jesé Maria da Silva

RG nº 3.619.085, data de expedição 19/11/12, Órgão SDSLPE.

CPF nº 020.973.154-02, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Stº Ipe de Serra de São Francisco</u>
Número	<u>570</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sítio Ipe de Serra</u>
Cidade	<u>Parauari</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9.9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Parauari, 19/09/17

Assinatura do Declarante: Jesé Maria da Silva

05.802.494/0001-41
YRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

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



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Complexo de Energia de Pico André
4a. Lado do Bateria, 111, Rm. 501, Recife, Pernambuco - CEP 50730-370
CNPJ 10.531.032/0001-02 | Site: www.energia-pico.com.br | Telefone: (0800) 400.000

GRANDE CLIENTE
AQUINO MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA ENTIDADE CONSUMIDORA
SILVE DE SERRA (C/ SAO FRANCISCO
510--B

DOI: 10.26334/2474-3650.105071126225

SITIO PEDE SERRA CARIMAUJURUA
CARAUJURU
5500-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
NÃO REMOVIDAS
Moderação

CÓDIGO CONTRATO	RESUMO
7020164136	12/2016
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO PRECATORIAL
27/12/2016	18/01/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	46,34

[illegible]

* KĀRṢAṬEḌĀ NĀ NŌTĀ EṢCĀU

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Povo 300 kWh	39,0000000	0,16004652	6,24
Consumo Povo Superior a 30 até 1300 kWh	79,0000000	0,27457505	21,69
Consumo Povo superior a 1300 até 2766 kWh	39,0000000	0,1155879	4,51
Arrecadação Bandeira AMARELA			0,54
Consumo do Utilizador Público			3,00
Multa por atraso - NF 002284150 - 18/07/16			0,87
Multa por atraso - NF 002284150 - 18/07/16			1,28

FOOTNOTES

45 38

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DEBTA NOTA FISCAL

Nº DO STOCKAGE	STOKAGE FUNDING	ANTESOR		ATUAL		Nº DE SOL	CONSTANTE	VALOR E	CONSUMO (MM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
100000000	Call	10/11/2015	1 395.00	20/10/2016	1 065.00	32	1 50000		133,00

7. ଅନୁସନ୍ଧାନର ଉପାଦାନ



၂၂၀ မူဝါဒအသစ်ပြင်ဆင်ရေးအဖွဲ့

	AGE DE CÁLCULO	%	VALOR DO MISTO		68	%
ICMS				Georgius Indústrias	21,44	53,63
PIS	10,25	3,96	0,20	Tiendimóvil	0,74	1,83
COFINS	10,25	4,48	1,21	Digitalização Gráfica	11,97	29,75
				Supermercado Sertãozinho	9,25	11,21
				Indústria	2,79	6,80
				TOTAL	46,05	100

Consumidor médio de 30 reais
 Consumidor médio superior a 30 reais 100 reais
 Consumidor médio inferior a 30 reais 100 reais

0,01 34,920
 2,284 5,660

Comunidade de 10 mil	0,15	34,320
Comunidade de 20 mil	0,20	47,640
Comunidade de 30 mil	0,25	60,960

0104 6070 3E23 4E2C 2000 00 54 1007 9C 50

INFORMATION IMPORTANCE

[illegible]

ATENÇÃO! ACELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUÍ CONTAS EM ABERTO

Comunidade em Ação (C.A.A.) (2013) realizou o encontro que abordou:

Year	Days	Value	Year	Days	Value
2014/15	10/12/15	38.5	2014/15	10/12/15	38.5
2014/15	10/12/15	11.8	2014/15	10/12/15	11.8
2014/15	10/12/15	33.2	2014/15	10/12/15	33.2
2014/15	10/12/15	63.4	2014/15	10/12/15	63.4

10/11/2014 14:02:05 13/11/2014
 Para o caso de rejeição da proposta de alteração, a Diretoria de Administração e Planejamento da Prefeitura Municipal de São Paulo, apresentará a proposta de alteração ao Conselho Municipal de Educação para análise e decisão.

As consequências geradas
foram: 1) 20% de redução de
custos; 2) 10% de redução
de tempo; 3) 10% de redução
de espaço; 4) 10% de redução
de energia; 5) 10% de redução
de água; 6) 10% de redução
de resíduos.

INVESTIGAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERPRETAÇÕES

COMMENTS	STATION APPROVED	SUPPLY TENSILE	LASTEST EXPERIMENTAL	1957 ANNUAL
CHANGES	0.00016			
STG	1.07	10.7	21.46	12.82
FBI	1.08	7.89	15.14	30.79
DETECT	1.07	5.78	0.80	0.00

Linha 0000 1 1 60 00000 - valor do Encargo do Uso do Cartão Verde (descontado) - R\$ 13,66

১৯৮৮ চক্ৰ প্ৰতিদ্বন্দ্বিতা

TEMPO MATERIAL (T)	MOMENTO DE CAMPANHA (M)	
	2012	2013
PTC	202	231

QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	CAIXA	46,34	46,34
TOTAL A PAGAR (R\$):			
46,34			



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV 2017

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Zenaida Batista Mendonça da Silva,RG nº 7.078.452, data de expedição 31/03/14, Órgão SDS/PE,CPF nº 667.847.864-91, venho perante a este Instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Stº Pe de Serra de São Francisco</u>
Número	<u>570</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>São Pe de Serra</u>
Cidade	<u>Paruaru</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814/9.9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paruaru, 19/09/17Assinatura do Declarante: Zenaida Batista Mendonça da Silva05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Zenilde Batista Mendonça da Silva

RG nº 7.078.452, data de expedição 31/03/14, Órgão SDS

CPF nº 667.847.864-91 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sl Pe de Serra do São Francisco</u>
Número	<u>570</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sítio Pe de Serra</u>
Cidade	<u>Parauari</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9668-4814</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Parauari 23/11/2017

Assinatura do Declarante: Zenilde Batista Mendonça da Silva

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-68
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ZORAIDE MARIA DA SILVA
CPF: 084.683.214-38 NIS: 16577126225

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SITIO PE DE SERRA DE SAO FRANCISCO 570 -B

SITIO PE DE SERRA/CARUARU RURAL
55000-000 CARUARU PE

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

DATA DE VENCIMENTO

27/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

76,45

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/11/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

20/11/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

002147614

CONTA CONTRATO

007020164136

Nº DO CLIENTE

2014121937

Nº DA INSTALAÇÃO

0008137143

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

75B7.0E3D.7D25.7DA5.FA77.C525.EE12.7F6C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,23633314	7,08
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,40514252	28,35
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	46,00	0,60771379	27,95
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,97
Contribuição Iluminação Pública			4,11
ICMS Subvenção-CDE-NF 002213444-19/09/17			0,66
Multa por atraso-NF 002244315 - 19/06/17			0,30
Juros por atraso-NF 002244315 - 19/06/17			1,53
TOTAL DA FATURA			76,45

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
69,35	25,00	17,33	69,35	1,00	0,69
			69,35	4,54	3,14

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):

Vencido	DL Recv	Valor	Vencido	DL Recv	Valor
26/10/17	20/11/17	48,88	25/08/17	19/09/17	45,00
26/09/17	19/10/17	71,80			

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer suspensão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores nem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,14415700	NOV 17	146
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,23141200	OUT 17	137
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,42211400	SET 17	149
		AGO 17	125
		JUL 17	117
		JUN 17	128
		MAY 17	145
		ABR 17	134
		MAR 17	110
		FEV 17	118
		JAN 17	128
		DEZ 16	139
		NOV 16	118

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	22,15	31,84
Transmissão	1,05	2,67
Distribuição (Celpe)	15,14	21,83
Encargos Setoriais	4,30	0,49
Tributos	21,10	30,61
TOTAL	69,35	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003151437337	CAT	19/10/2017	3.343,00	20/11/2017	3.489,00	32	1,00000	0,00	146,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/12/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
09/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMPUS	1,52	10,68	21,17	42,34
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	7,32	15,04	30,08
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,97	3,48	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 16,60
EUED-Valor do Encargo de Uso - R\$ 22,14					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMC e DICR e seu valor mensal.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 40,93.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo estipulado para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MÍNIMO	MÁXIMO
220		202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI


CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007020164136	11/2017	76,45	27/11/2017	

838000000008 764500110078 020164136104 103847645534



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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425650/17
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA
CPF: 020.973.154-02

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2016
Titular do CPF: JOSE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA : 667.847.864-91

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

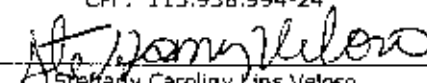
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2017
Nome: ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA
CPF: 667.847.864-91

ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2017
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso

Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Maurício José de Vasconcelos

Tabelião

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

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



LIVRO Nº 246-E - FLS. 001
ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

Traslado: 1º

SAIBAM, quantos este público instrumento de escritura de Declaração virem que, aos três (3) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade e Comarca dos Bezerros, Estado de Pernambuco, no Cartório do 2º Ofício a meu cargo, à Rua Dr. José Mariano, nº 62, compareceu como outorgante Declarante: **JOSÉ MARIA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, marceneiro, analfabeto, nascido em 10-09-1962, filho de Francisco Fortunato da Silva e de dona Maria Cecília da Conceição, portador da Cédula de Identidade RG. nº 3.619.085-SDS/PE, e do CPF/MF. nº 020.973.154-02, residente e domiciliado no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE, CEP: 55000-000; reconhecido por mim Tabelião, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo Declarante, falando sob as penas da Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o Seguro DPVAT, me foi declarado que é residente e domiciliado no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE, CEP: 55000-000, e que existe no município onde reside Instituto Médico Legal - IML, e que realiza perícia médica com prazo superior a noventa (90) dias, declarando ainda, possuir conta na Caixa Econômica Federal - Agência 0051, conta poupança de nº 34014-6. Declara estar ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade, terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assim o disse, outorgou e aceitou, pediu-me a presente escritura que lhe sendo lida e achada conforme assina; dou fé. Certifico que foram observadas todas as exigências prescritas pelo art. 215 do Código Civil Brasileiro; ficando dispensadas as testemunhas nos termos do Art. 215 § 5º do Código Civil Brasileiro; dou fé. A rogo do declarante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digital, assina Zenaide Batista Mendonça da Silva, brasileira, solteira, agricultora, nascida em 12-09-1970, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 7.078.452-SDS/PE, e do CPF/MF. nº 667.847.864-91, residente e domiciliada no Sítio Pé de Serra de São Francisco, 570-B, zona rural do município de Caruaru - PE, CEP: 55000-000; dou fé. Emolumentos líquidos: R\$ 147,74; FERC: R\$ 16,42; TSNR: R\$ 32,83. Eu, (a) Mauricio José de Vasconcelos, Tabelião de Notas a digitei, subscrevo e assino. Bezerros, 03 de janeiro de 2018. (a) ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA. Copiado fielmente do original; dou fé. Esta escritura somente é válida com o selo de autenticidade e fiscalização aposto abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.AOX12201701.04459. Consulte autenticidade em WWW.tjpe.jus.br/selodigital.



Bezerros(PE), 03 de janeiro de 2018.

Em testemunho da verdade

Maurício José de Vasconcelos - Tabelião de Notas.

INSCRIÇÃO CORRETORA
DE 532.494/0001
INSCRIÇÃO Nº 0001

29 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC,
Boa Vista - CEP: 55060-010