



Brasil de Prevenção

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

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 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 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, eu, Zenaide 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 Monir da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalido da vítima José Maria da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: Revisor - se 05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Elizângela Batista Mendonça da Silva 03/11/2017  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, José 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 Bezerra, no Estado de

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

Engenho da 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 José Maria da Silva,

cujo o conduto era José Maria da Silva.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 150 TITAN ESP

Ano: 2011

Placa: PEU 8705

Chassi: 9C2KC2650E R532679

Data do Acidente: 28/02/2016

Local e data do cartório: Bezerra 08 FEV. 2017

José Jefferson Andrade da Silva

Assinatura do Declarante

2º Cartório  
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 50000-000

RECIFE-PE

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO  
Rua Dr. José Matheus, 52 - Centro - Recife - PE - Fone: (81) 3728-1102  
Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião Fólio 00

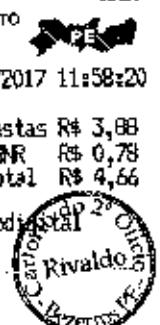
Reconheço a firma por autenticidade de: 08/02/2017 11:58:20  
JOSE JEFFERSON ANDRADE DA SILVA. Sou fe.

Em testemunha \_\_\_\_\_ da verdade. Outras R\$ 3,88

JOSE RIVALDO SOARES DE LIMA - Escrivente Total R\$ 0,79

Selo Digital N. 0077727.JXL01201701.03226

Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/seledigital](http://www.tipe.jus.br/seledigital)





MS-DATASUS  
VERSÃO: 13.70

## PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01

INSTITUTO ALCIDÉS DAMDRADA LIMA

ESPELHO DA AIH

PAG.: 85

O.E.: MZ80100001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 03 / 2017

DATA: 04/05/2017

Num AIH : 261710519150-3

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Aprovação: 03/2017

Data Autenticação: 21 / 12 / 2016

Especialidade: 01 - CIRÚRGICO

Órgão Emissor: MZ80100001

CRM:

Doc. autorizador: 988010003672305

Doc. med resp: 204322839720003

Doc. médico colte: 203780411700001

CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDÉS DAMDRADA LIMA

CRM: 70500108753605-7

Peculiaridade: JOSE MARIA DA SILVA

Prenatal: 2729

Data Rec. : 10 / 09 / 1962 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc.: 3618058

Responável psc.: JOSE MARIA DA SILVA

Nome da filha: MARIA CECILIA DA CONCEICAO

Endereço: SITIO PE DE SERRA Bairro: ENCRUZILHADA

Raca/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APPLICA

Município: 260100 - BEZERROS

UF: PE CEP: 56580-000

Telefone: (81)0372-88717 Cada Proc.?: NAO

Procedimento solicitado: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento principal: 04.08.05.050-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. principal: 8823-FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Correr atendimento: 02 - URGENCIA

Medicamento: HOSPITALAR

Data Informação: 21 / 12 / 2016 Data saída: 23 / 12 / 2016 Mot. saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[ Coceira Externa (Acidente ou Infecção) ]

CRPJ do Empregador:

CNAE:

Vínculo Providência:

CBOR:

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Instrumento, CBO	ONCE/NCPJ	Aquitar Valor ap	Cida	Crnq	Descrição
1	0408050500 0001000000000000 2252/0(1)			204/2016			1 12/2016 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA
2	0408050500 204322571000018 225151(6)	2344254		2344254			1 12/2016 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA
3	0408050500 402020100018 225151(6)	2344254	4020201000187	2344254	1330254		1 12/2016 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA
4	0802010016	2344254		2344254			2 12/2016 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
5	2401010014 402020100018 225151(6)	2344254		2344254	3 12/2016 CURATIVO ENAU II C/OU S/DESIDERAMENTO		

## DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Validade	Esg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	52018	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 Recuperação:

Número de Sócio:

Nº Pró-Risco:

Vivés: Mortos: Altos: Traços: Óbitos:

"Os acordo com a Portaria SAS/MIS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Segundo I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

Raimundo Proença  
05/05/2017  
CRM/PE: 5310

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE  
05/05/2017 0001-41  
Hospital Jesus Pequenino  
VALMAÇÃO CORRETORA  
ANA AMERICANA  
Assistente Social  
CRESS/PE 4.471 03 DEZ. 2017

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

18/10/16 #000000

Relatório de alta do paciente identificado, conforme  
informações da ficha clínica, que consta:  
Nome: Mário Sérgio Soárez Gómez  
Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 01/01/1980  
Endereço: Rua das Flores, 123, Centro, Pernambuco, Brasil  
Cidade: Recife  
UF: PE  
CEP: 50000-000

→ ( ) Hospitalar → ( ) Ambulatorial

Mário Sérgio Soárez Gómez  
Operário e Trampeiro  
CPF: 123.456.789-00

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente  Familiar

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

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente  Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

Diagnóstico:

Funil de ouvir da rotina (6)

Destino do Paciente

Alta  Cirurgia  Óbito  Evadiu-se  Termo de Alta a Pedido

Transferência: 11/10  Internamento

Condição de Alta

Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito

Data: 21/10/16 Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

12/10/2016 7:11:41 PM

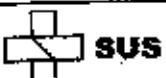
2 de 2

05.802.494/0001-00

ROANGELASSB  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 Bl C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
REFECOR



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

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Maria da Silva

289169

6 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

7 - SEXO

Male

Female

10 - RACIAÇÃO

1

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD \_\_\_\_\_ N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD \_\_\_\_\_ N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

PE

18 - CEP

Caruaru / Pernambuco

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente portador de acidente motorizado trânsito, envolvendo carro e moto. Motociclista desacordado em qualquer direção. Unidade:

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internamento Emergencial

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

Exames: Exames de Gabinete Pernera

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Internação de Gabinete Pernera

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Procedimento: Internação de Gabinete Pernera

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CNS

CPF

CNS

CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Nome: Waldeci Ferreira

18/12/16

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - N° DO BILHETE

43 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

44 - CBO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

46 - N° DO BILHETE

Q58020X194/0001

NÃO SEGURADO

47 - N° DO BILHETE

48 - N° DO BILHETE

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

CNS

CPF

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

54 - N° DO BILHETE

55 - SÉRIE

CNS

CPF

56 - N° DO BILHETE

57 - SÉRIE

CNS

CPF

58 - N° DO BILHETE

59 - SÉRIE

CNS

CPF

60 - N° DO BILHETE

61 - SÉRIE

CNS

CPF

62 - N° DO BILHETE

63 - SÉRIE

CNS

CPF

64 - N° DO BILHETE

65 - SÉRIE

CNS

CPF

66 - N° DO BILHETE

67 - SÉRIE

CNS

CPF

68 - N° DO BILHETE

69 - SÉRIE

CNS

CPF

70 - N° DO BILHETE

71 - SÉRIE

CNS

CPF

72 - N° DO BILHETE

73 - SÉRIE

CNS

CPF

74 - N° DO BILHETE

75 - SÉRIE

CNS

CPF

76 - N° DO BILHETE

77 - SÉRIE

CNS

CPF

78 - N° DO BILHETE

79 - SÉRIE

CNS

CPF

80 - N° DO BILHETE

81 - SÉRIE

CNS

CPF

82 - N° DO BILHETE

83 - SÉRIE

CNS

CPF

84 - N° DO BILHETE

85 - SÉRIE

CNS

CPF

86 - N° DO BILHETE

87 - SÉRIE

CNS

CPF

88 - N° DO BILHETE

89 - SÉRIE

CNS

CPF

90 - N° DO BILHETE

91 - SÉRIE

CNS

CPF

92 - N° DO BILHETE

93 - SÉRIE

CNS

CPF

94 - N° DO BILHETE

95 - SÉRIE

CNS

CPF

96 - N° DO BILHETE

97 - SÉRIE

CNS

CPF

98 - N° DO BILHETE

99 - SÉRIE

CNS

CPF

100 - N° DO BILHETE

101 - SÉRIE

CNS

CPF

102 - N° DO BILHETE

103 - SÉRIE

CNS

CPF

104 - N° DO BILHETE

105 - SÉRIE

CNS

CPF

106 - N° DO BILHETE

107 - SÉRIE

CNS

CPF

108 - N° DO BILHETE

109 - SÉRIE

CNS

CPF

110 - N° DO BILHETE

111 - SÉRIE

CNS

CPF

112 - N° DO BILHETE

113 - SÉRIE

CNS

CPF

114 - N° DO BILHETE

115 - SÉRIE

CNS

CPF

116 - N° DO BILHETE

117 - SÉRIE

CNS

CPF

118 - N° DO BILHETE

119 - SÉRIE

CNS

CPF

120 - N° DO BILHETE

121 - SÉRIE

CNS

CPF

122 - N° DO BILHETE

123 - SÉRIE

CNS

CPF

124 - N° DO BILHETE

125 - SÉRIE

CNS

CPF

126 - N° DO BILHETE

127 - SÉRIE

CNS

CPF

128 - N° DO BILHETE

129 - SÉRIE

CNS

CPF

130 - N° DO BILHETE

131 - SÉRIE

CNS

CPF

132 - N° DO BILHETE

133 - SÉRIE

CNS

CPF

134 - N° DO BILHETE

135 - SÉRIE

CNS

CPF

136 - N° DO BILHETE

137 - SÉRIE

CNS

CPF

138 - N° DO BILHETE

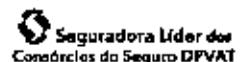
139 - SÉRIE

CNS

CPF

&lt;p

# 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 médica-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](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.

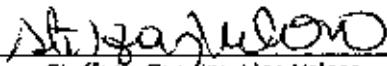
### Portador da documentação entregue

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

ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

  
Steffany Caroliny Lins Veloso

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

25 VERSÃO DE 01/01/2002  
ESTADO DA PERNAMBUCO  
MATERIAL DE SEGURO

3.610.000

29/11/2012

<< JOSE MARIA DA SELVA >>

<< FRANCISCO PORTUZATO DA SELVA >>

<< MARIA CECILIA DA SELVA >>

JOAQUIM - PE

30/09/1962

<< XAVIER LIMA P.17 CART.17 DIST.

100700-0001-002.2007 >>

1000.073.159-82

Documentos de Identidade

F-0017



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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETAaria DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUNH.

**EC-5**





**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL  
NOME **7.078.452**

DATA DE EXPEDIGÃO **31/03/2014**

FILIAÇÃO  
**<< ZENAIDE BATISTA MENDONÇA DA SILVA >>**

NATURALIDADE **CARUARU - PE**

DATA DE NASCIMENTO **12/09/1970**

DOC. ORIGEM **<< 074195 02 55 1976 1 00001 159**

**0000843 98 CARUARU-PE >>**

CPF **657.847.864-91**

ASSINATURA DO REPOSI

LEI N° 7.165/80

F-60 25.066 - 4333

**Zenaidé Batista Mendonça da Silva**  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



*lspor*

**05.802.494/0001-43**  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

**03 NOV. 2017**

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DITRAN-PE		Nº 012238956214	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CPF/CNPJ	NTR	EXERCÍCIO
1	326561509	*****	2016
NOVO			
JOSE JEFFERSON ANDRADE DA SILVA			
CARUARU-PE			
PLACA	CPF/CNPJ	PLACA	CPF/CNPJ
PEU8705	102.545.754-47	PEU8705	102.545.754-47
CHASSI	PLACA ANTES	CHASSI	PLACA ANTES
9C2KC1650BR531679	*****	9C2KC1650BR531679	*****
ESPECIE TIPO	MARCA/MODELO	COMBUSTIVEL	EXERCÍCIO
PES MOTOCICLETA	HONDA/CG 150 TITAN ESD	ALCO/GASOLINA	DATA EMISSÃO
CAP/POT/CIL	ANO FAB.	ANO MDO.	CARUARU-PE
29/149CL	2011	2011	2016
CATEGORIA	COR PREDOMINANTE		DATA EMISSÃO
PARTIC	VERMELHA		21/10/16
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	PLACA
IPVA 2016 QUITADO	1º *****	2º *****	PEU8705
PAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	3º *****	RENAVAM
1	*****	*****	326561509
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	DF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	MARCA / MODELO
SEGURADO PAGO	21/10/16	21/10/16	HONDA/CG 150 TITAN ESD
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOCAL	DATA		
CARUARU-PE	21/10/16		
Charles Andrade Sousa, Ribeiro			
Dir. para o Poder Executivo - REITRAN/PE			

05.802.494/0001-41  
03 NOV. 2017  
RECIFE-PE  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
S102-100

SEGURADORAS LIDER - DPVAT  
CNPJ 63.248.608/0001-04  
www.quebradebolso.com.br  
DESENHOS E GUARDES BILHETE DPVAT  
NÃO FAZ PARTE DO PORTFOLIO

0007

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3170592762  
Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

Cidade: Caruaru  
Data do acidente: 18/12/2016

Natureza: Invalidez Permanente  
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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Reginaldo Wanis".

# 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

Valorização 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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Reginaldo Wanis".

# 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 fíbula esquerdas

**Descrição do exame** Vítima com queixa de dor no joelho esquerdo. Ao exame, apresenta marcha claudicante (+/+4) e flexão à 70° em **médico pericial:** 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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 Tít

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



00261

Comprovante do ato de notariação

LIVRO: 266-P - FOLHA: 075

TRASLADO: 1º

PROCURAÇÃO—bastante que faz JOSE 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 2º Ofício a meu cargo à Rua Dr. José Mariano, n.º 62, compareceu como outorgante: JOSE MARIA DA SILVA, brasileiro, solteiro, capaz, analfabeto, marteleteiro, nascido em 10-09-1962, portador da CI/RG nº 3.619.085-SDS/PE, e do CPF/MF nº 020.973.154-02, residente e domiciliado no SITIO 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 nº 7.078.452-SDS/PE, e do CPF/MF nº 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 o outorgante por ser analfabeto que deixa a margem sinais digitais, assina Janaina Patrícia de Melo, brasileira, portadora do RG. nº 4.828.858-SSP/PE e CPF/MF nº 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 apostado abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.LVH07201701.04050. Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital).

Bezerros(PE), 25 de agosto de 2017.

Em testemunho ( ) da verdade.

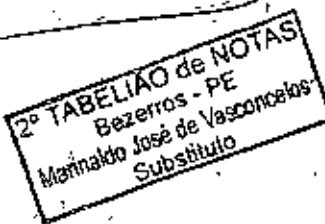
Marinaldo José de Vasconcelos - Substituto

DS.602.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

03 AGO. 2017

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



# 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

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](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.

### 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 Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

  
Steffany Carolyn 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 tibia e terço médio distal da fibula esquerda*

**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?

[ **X** ] Sim [   ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] 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  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

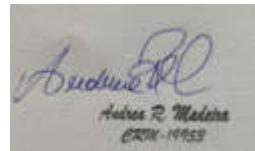
Região Corporal (Sequela):

% 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 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

**Vitima:** 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](http://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](http://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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



---

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 LIDER 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](http://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 LIDER 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](http://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](http://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 n°: 12839676

A/C: JOSE MARIA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170592762  
Vitima: 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%

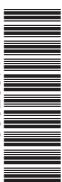
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



/AT

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, José Maria da Silva

PORTADOR(A) DO RG N° 3.619.085

EXPEDIDO POR

SBS/PE

EM 19/11/12 E

CPF 02009337154-02 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO recolhente E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José 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 aparecerem 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 POUPIANÇA 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](http://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 colorida, 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 POUPIANÇA (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 LTDA

Florianópolis, 19 de Setembro de 2012

José Maria da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO  
Rua da Aurora, nº 175, Centro/Bloc

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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

# Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62, Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.  
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br



LIVRO N° 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: **JOSE MARIA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, marteleteiro, analfabeto, nascido em 10-09-1962, filho de Francisco Fortunato da Silva e de dona Maria Cecilia 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 – Agencia 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 assinou; 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 regra 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 apostado 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 testemunha:

Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião de Notas.

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Lider dos  
Consórcios do Seguro DFVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425650/17

Vítima: JOSE MARIA DA SILVA

CPF: 020.973.154-02

CPF de: Própria

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](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.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2018

Nome: ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA

CPF: 667.847.864-91

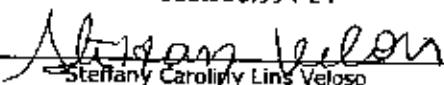
ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2018

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

  
Steffany Caroliny Lins Veloso



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0045004188

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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 da 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** Placa: **PEU8705** Número de Chassi: **9C2KC1650BR591679** Ano de Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL** Categoría/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não** Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)** Tração: **CORRETORA DE SEGUROS LTDA**

Placa: **PEU8705** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **328561509** Chassi: **9C2KC1650BR591679** Ano: **2017**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE JEFFERSON ANDRADE DA SILVA**

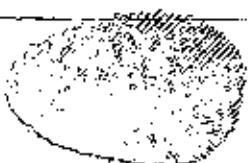
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Complemento / Observação

A VITIMA NOTICIA QUE NA DATA E HORARIOS ACIMA DESCritos, ELE VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO, QUANDO PERDEU 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** - Matricula: **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 50 Pt de Senra de São Francisco, Cidade Parnamirim, 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
- 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.

José Maria da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Local e data

05.802.494/0001-43  
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



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 Sítio 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.<sup>a</sup> 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  
19/01/2017  
Elaine Gouveia  
Gerente Administrativa do SAMU  
Elaine Gouveia,  
Gerente Administrativo do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 20/7/17

Zenaide 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, José Maria da Silva,

RG nº 3.619.085, data de expedição 19/11/12, orgão SNSIPE,

CPF nº 020.073.154-02, 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>SC Pq de Serra de São Francisco</u>
Número	<u>570</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sítio Pq de Serra</u>
Cidade	<u>Panama</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: Panama, 19/09/17

Assinatura do Declarante: José Maria da Silva

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RFC/IFF-PR





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Zenaide Batista Mendonça da Silva,

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

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>5º pe de Serra de São Francisco</u>
Número	<u>570</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sítio Pe de Serra</u>
Cidade	<u>Parauapebas</u>
Estado	<u>PB</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: Parauapebas, 19/09/17

Assinatura do Declarante:

Zenaide Batista mendonça da Silva

05.802.494/0001-43  
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, Zenaide Batista Mendonça da Silva

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

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>Sítio Pe de Serra de São Francisco</u>
Número	<u>570</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sítio Pe de Serra</u>
Cidade	<u>Parauapebas</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 2668-4819</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Parauapebas 23/11/2017

Assinatura do Declarante: Zenaide 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 10.835.932/0001-46  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03**



Georg Meissner

[www.electro.com.hk](http://www.electro.com.hk)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvjdoria 0800 282 5599

**dos Serviços Públicos Delegados do Estado**

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

Réguladora dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
RPE: 0800-727-0167 | Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agencia Nacional de Energía Eléctrica : ANEEL

DADOS DO CLIENTE  ZORAIDE MARIA DA SILVA  CPF: 084.683.214-38 NIS: 15577126225	DATA DE VENCIMENTO  <b>27/11/2017</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  20/11/2017  DATA DE APRESENTAÇÃO 20/11/2017	COTA CONTRATO  <b>007020164136</b>  Nº DO CLIENTE 2d14121937
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  SIT PE DE SERRA DE SAO FRANCISCO 570 -B	TOTAL A PAGAR (R\$)  <b>76,45</b>	NÚMERO DA NOTA FISCAL  <b>002147614</b>	Nº DA INSTALAÇÃO  <b>0008137143</b>
CLASSIFICAÇÃO		<b>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS</b>  <b>Monofásico</b>	
RESERVADO AO FISCO		<b>75B7.0E3D.7D25.7DA5.FA77.C525.EE12.7F6C</b>	

**DESCRICAO 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	28,36				
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh		46,00	0,60771379	27,93				
Acréscimo Bandeira VERMELHA				5,97				
Contribuição Iluminação Pública				4,11				
ICMS Subvenção-CDE-INF 002213444-19/06/17				0,66				
Multa por atraso-INF 002244315 - 19/06/17				0,50				
Juros por atraso-INF 002244315 - 19/06/17				1,53				
<b>TOTAL DA FATURA</b>				<b>76,45</b>				
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
<b>ICMS</b>		<b>PIS</b>		<b>COFINS</b>				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIA-S	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO KWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000315143733T	CAT	19/10/2017	3.043,00	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
8/02/2017					
DIC-No de horas sem Energia	CAMPUS	1,02	10,68	21,17	42,34
FIC-Nº de vezes sem Energia		2,00	7,52	15,04	30,08
DIMC-Duração máxima da Interrupção contínua		0,97	5,68	9,00	9,00
DICRI-Duração da Interrupção em dia critico			Límite DIC RI: 16,60		
EUEID-Valor do Encargo de uso - R\$ 22,14					

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

**Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vencelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).**  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% [Res414/ANEEL], Juros 1% a.m.[Lei N. 10.438/02] e penalização monetária no prazo. mês.  
**Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criado pelo Lei N. 10.438 de 26/04/2002 - R\$ 40,83.**  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo estabelecido para os pedreiros de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de 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.

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

REPORTAGE 150

CONTA CONTRATO	MÊS JÁ VENCIDO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007020164136	11/2017	78,45	27/11/2017	

838000000009 7645001100Z8 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

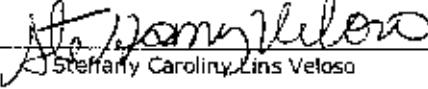
ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA : 667.847.864-91

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](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.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 04/12/2017 Nome: ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA CPF: 667.847.864-91	Data do cadastramento: 04/12/2017 Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso CPF: 115.938.994-24
ZENAIDE BATISTA MENDONCA DA SILVA	 Steffany Carolyn Lins Veloso

# Cartório de Notas e Protesto de Títulos

Mauricio José de Vasconcelos

Tabelião

Rua Dr. José Mariano, 62 , Centro - CEP: 55660-000 - Bezerros - PE.  
Fone: (081) 3728-1182 - Email: cartoriobezerros@yahoo.com.br



LIVRO N° 246-E - FLS. 001  
ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO

Traduzido: Iº

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 Bezertos, 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, marteleteiro, analfabeto, nascido em 10-09-1962, filho de Francisco Fortunato da Silva e de dona Maria Cecilia 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 - Agencia 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 apostado abaixo e se não contiver nenhuma rasura. Selo digital de fiscalização: 0077727.AOX12201701.04459. Consulte autenticidade em [WWW.tjpe.jus.br/selodigital](http://WWW.tjpe.jus.br/selodigital).



Bezerros(PE), 03 de janeiro de 2018  
Em testemunho \_\_\_\_\_ na verdade

Mauricio José de Vasconcelos - Tabelião de Notas.

29 JAN. 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C...  
Bela Vista - CEP: 56.060-000

Este documento é digitalizado, não é original, só é considerado original quando assinado fisicamente.