

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JURANDI PAULO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180281053

Vitima: JURANDI PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DIONISIO ULISSES DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180281053**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13002705



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JURANDI PAULO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180281053
Vitima: JURANDI PAULO DA SILVA
Data do Acidente: 27/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DIONISIO ULISSES DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180281053**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência 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, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JURANDI PAULO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180281053

Vitima: JURANDI PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DIONISIO ULISSES DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180281053**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência 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





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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180281053 Vítima: JURANDI PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DIONISIO ULISSES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

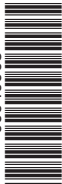
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00015/00016 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13790339

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180281053

Vítima: JURANDI PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DIONISIO ULISSES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JURANDI PAULO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.181,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau residual 17.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (17.5% de 25%) 4,38%

Valor a indenizar: 4,38% x 13.500,00 = R\$ 1.181,25

Recebedor: JURANDI PAULO DA SILVA

Valor: R\$ 1.181,25

Banco: 001

Agência: 000004076-2

Conta: 0000019905-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

033.836.224 - 06

Nome completo da vítima

Jurandi Paula da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jurandi Paula da Silva	CPF titular da conta	033.836.224-06	Profissão	Recepcionista
Endereço	Sl. Fernandes	Número	463	Complemento	
Bairro	Rural / Tapiram	Estado	PE	CEP	55130-000
Cidade	São Caetano	Telefone (DDD)			(81) 9-9668-4844
E-mail					

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

INCL

DIV

CONTA

INCL

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRASIL

HQ

001

AGÊNCIA

INCL

4076

DIV

2

CONTA

INCL

39903

DIV

2

(Informar dígito se existir)

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

São Caetano 13 de 06 de 2018

Local e Data

X Jurandi Paula da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

19 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Bela Vista - CEP: 51.060-010



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/05/2018 - Autoatendimento - 12:12:07
164373521 0432

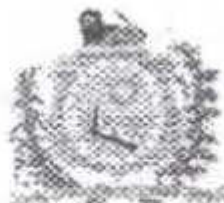
COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JURANDI PAULO DA SILVA
AGENCIA:	4076-2
CONTA:	19.905-2

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



08/05/2018 09:20

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

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

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0180001122**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/05/2018** às
09:51

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 27/2/2017 às 08:06**

Fato ocorrido no endereço: **BR 232, SENTIDO SÃO CAETANO, PRÓXIMO DO
AGRESTE WATER PARK - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
**MUNICÍPIO DE CARUARU, 01 - Bairro: CENTRO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
DIONISIO ULISSES DA SILVA (OUTRO)
JURANDI PAULO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **JURANDI
PAULO DA SILVA**



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

**JURANDI PAULO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENE
MARIA SANTOS BATISTA Pai: PAULO ELIAS BATISTA DA SILVA Data de Nascimento:
30/11/1986 Naturalidade: SÃO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
6556212/SDS/PE (RG), 01123622496 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU
INCOMPLETO Profissão: MARGENEIRO(A) Telefones Celulares:
- 981992821623**

Residência: **VITA DE TAPIRAIM - SÃO CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
**MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO, 01 - CEP: 55900-000 - Bairro: CENTRO - SÃO
CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**DIONISIO ULISSES DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil**

DESCONHECIDO Exatidão: **DESCONHECIDO****Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DIONÍSIO ULISSES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **JURANDI PAULO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CO 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OY31317 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **101400212** Chassi: **9C2K010000R031430**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA A VÍTIMA, SR. JURANDI PAULO DA SILVA, NARRANDO QUE NO DIA 27/02/2017 POR VOLTA DAS 08H:00MIN SOFREU UM ACIDENTE NA BR 232 QUANDO TRAVESSAVA COM O VEÍCULO 01 (MOTOCICLETA HONDA CO 160, COR VERMELHA PLACA OY31317). A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU REGIONAL AGRESTE CONFORME CONSTA NO REGISTRO DE OCORRÊNCIAS Nº 1782278047. DECLARA A VÍTIMA QUE FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE CONFORME CONSTA DO ATENDIMENTO Nº 363828, PRONTUÁRIO Nº 202020. INFORMA A VÍTIMA QUE DEVIDO AO ACIDENTE SOFREU FRATURA NA CLAVÍCULA. DIANTE DO EXPOSTO, PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

Jurandi Paulo da Silva
JURANDI PAULO DA SILVA
(VÍTIMA)

Diego Santos Iglezia Aureliano
S.O. registrado por: **DIEGO SANTOS IGLEZIA AURELIANO** - Matrícula: **3866351**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 990ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0180001122**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/05/2018** às
09:51

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **27/2/2017** às **08:05**

Fato ocorrido no endereço: **BR 232, SENTIDO SÃO CAETANO, PRÓXIMO DO
AGRESTE WATER PARK - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
**MUNICÍPIO DE CARUARU, 01 - Bairro: CENTRO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
DIONISIO ULISSES DA SILVA (OUTRO)
JURANDI PAULO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **JURANDI
PAULO DA SILVA**

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

**JURANDI PAULO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENE
MARIA SANTOS BATISTA Pai: PAULO ELIAS BATISTA DA SILVA Data de Nascimento:
29/11/1989 Naturalidade: SÃO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
6560215/SDS/PE (RG), 61123022400 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª.
GRAU INCOMPLETO Profissão: MARCENEIRO(A) Telefones Celulares:
- 681593821623**

Residência: **VITA DE TAPIRAIM - SÃO CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
**MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO
CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**DIONISIO ULISSES DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 OUT 2018

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



VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DIONISIO ULISSES DA SILVA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **JURANDI PAULO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **NS**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYS1317** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **101400210** Chassi:
9C2KC1050ER031429
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA A VÍTIMA, SR. JURANDI PAULO DA SILVA,
NARRANDO QUE NO DIA 27/02/2017 POR VOLTA DAS 08H:55MIN SOFREU UM
ACIDENTE NA BR 232 QUANDO TRAFEGAVA COM O VEÍCULO 01 (MOTOCICLETA
HONDA CG 150, COR VERMELHA PLACA OYS1317). A VÍTIMA FOI SOCORRIDA
PELO SAMU REGIONAL AGRESTE CONFORME CONSTA NO REGISTRO DE
OCORRÊNCIAS Nº 1702278047. DECLARA A VÍTIMA QUE FOI ENCAMINHADA AO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE CONFORME CONSTA DO ATENDIMENTO Nº
302832, PRONTUÁRIO Nº 202029. INFORMA A VÍTIMA QUE DEVIDO AO ACIDENTE
SOFREU FRATURA NA CLAVICULA. DIANTE DO EXPOSTO, PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

Jurandi Paulo da Silva
JURANDI PAULO DA SILVA
(VÍTIMA)

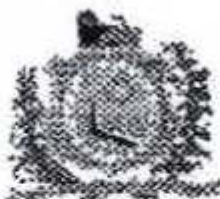
B.O. registrado por: **DIEGO SANTOS IGLESIA AURELIANO** - Matrícula: **3865281**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 53.060-010
RECIFE-PE



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 990ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0180001122

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/05/2018** às **09:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **27/2/2017** às **08:06**

Fato ocorrido no endereço: **BR 232, SENTIDO SÃO CAETANO, PRÓXIMO DO
AGRESTE WATER PARK - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
**MUNICIPIO DE CARUARU, 01 - Bairro: CENTRO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
DIONISIO ULISSES DA SILVA (OUTRO)
JURANDI PAULO DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): JURANDI
PAULO DA SILVA**

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

**JURANDI PAULO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENE
MARIA SANTOS BATISTA Pai: PAULO ELIAS BATISTA DA SILVA Data de Nascimento:
18/11/1978 Naturalidade: SÃO CAETANO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
6506518/9DS/PE (RG), 81123622498 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª.
GRAU INCOMPLETO Profissão: MARceneiro(A) Telefones Celulares:
- 081993821622**

**Residência: VITA DE TAPIRAIM - SÃO CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a:
MUNICIPIO DE SÃO CAETANO, 01 - CEP: 55050-000 - Bairro: CENTRO - SÃO
CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

**DIONISIO ULISSES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

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



VEÍCULO 81 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DIONISIO ULISSES DA SILVA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **JURANDI PAULO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYS1317** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **181408215** Chassi:
9C2KC1689ER031429
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA A VÍTIMA, SR. JURANDI PAULO DA SILVA, NARRANDO QUE NO DIA 27/02/2017 POR VOLTA DAS 22H:05MIN SOFREU UM ACIDENTE NA BR 232 QUANDO TRAFEGAVA COM O VEÍCULO 81 (MOTOCICLETA HONDA CG 150, COR VERMELHA PLACA OYS1317). A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU REGIONAL AGRESTE CONFORME CONSTA NO REGISTRO DE OCORRÊNCIAS Nº 1782278947. DECLARA A VÍTIMA QUE FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE CONFORME CONSTA DO ATENDIMENTO Nº 382828, PRONTUÁRIO Nº 202829. INFORMA A VÍTIMA QUE DEVIDO AO ACIDENTE SOFREU FRATURA NA CLAVICULA. DIANTE DO EXPOSTO, PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

Jurandi Paulo da Silva
JURANDI PAULO DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **DIEGO SANTOS IGLESIA AURELIANO** - Matrícula: **3266261**

[Assinatura]



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Jurandi Paulo da Silva</i>	CPF da Vítima <i>033.836.224-06</i>	Data do Acidente <i>27/02/2017</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Jurandi Paulo da Silva</i>	CPF do Representante legal <i>033.836.224-06</i>
E-mail	Telefone (DDD) <i>(81) 9.9258-3087</i>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

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

RECIFE PE

São Bartolomeu 13 de 06 de 2018

Local e Data

x Jurandi Paulo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em atenção ao pedido do(a) Sr(a) JURANDI PAULO DA SILVA CPF-011.836.224-06, que consta nos registros de ocorrências Nº1702270047 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço ao(a) mesmo(a) no dia 27/02/17 às 08h e 05min no endereço na BR 232 sentido São Caetano, CARUARU/PE, com queixa de **QUEDA DE MOTO** tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportada para o UPA/PE.

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

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

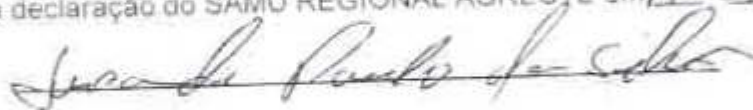
19 JUN 2018

Caruaru, 16 de Março de 2018
 Rua da Moura, 3002 SL C
 São Vito - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

Elaine Gouveia.

Gerente Administrativo do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 17/03/17



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: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JURANDI PAULO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04076-2

CONTA: 000000019905-2

Nr. da Autenticação A1442604BAB80BAB



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02.
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 15.835.832/0001-08 (Insc. Est. 500540-01) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JURANDI PAULO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 SI FERNANDES 463

CPF: 011.838.224-08

RURAL/TAPIRAM
 SAO CAETANO PE
 55130-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

INSCRIÇÃO FISCAL	SERIE	EMISSÃO
009201083	NCA	15/03/2018
INSCRIÇÃO FISCAL	Nº DO CLIENTE	Nº DA REGISTRAÇÃO
1503/2018	201280550	5791188

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7014317400	03/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
22/03/2018	18/04/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	70,76

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	91,000000	0,39350180	35,82
Contribuição Iluminação Pública			1,37
Multa por atraso NF 001758252 - 18/12/17			1,18
Multa por atraso NF 005440011 - 15/03/18			0,34
Juros por atraso NF 005440011 - 15/03/18			1,74
Juros por atraso NF 001758252 - 18/12/17			0,02
Atualização KPMH NF 005440011 - 15/03/18			0,08
Atualização KPMH NF 001758252 - 18/12/17			

TOTAL DA FATURA

70,76

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA POSIÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE CONECTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
81238816	CAT	643-2018	4.386,20	15-03-2018	4.395,20	20	1.0000		91,00

CONSUMO DE CONSUMIDOR			CONSUMO DE CONSUMIDOR			CONSUMO DE CONSUMIDOR		
MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
MAI 18 00			JUN 18 00			JUL 18 00		
JUN 18 01			JUL 18 01			AUG 18 01		
JUN 18 06			JUL 18 06			AUG 18 06		
DEZ 17 00			JAN 18 00			FEB 18 00		
NOV 17 00			FEV 18 00			MAR 18 00		
OUT 17 00			MAR 18 00			ABR 18 00		
SET 17 00			ABR 18 00			MAY 18 00		
AUG 17 00			MAY 18 00			JUN 18 00		
Jul 17 00			JUN 18 00			JUL 18 00		
Jun 17 00			JUL 18 00			AUG 18 00		
MAI 17 00			AUG 18 00			SETE 18 00		
ABR 17 00			SETE 18 00			AUG 18 00		
MAR 17 00			AUG 18 00					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Os dados de fatura e consumo são válidos e corretos. Não é possível, por este meio, alterar ou corrigir os dados de fatura e consumo. Para qualquer dúvida ou reclamação, o cliente deve entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco (CEPEL) ou com a Agência Reguladora de Energia Elétrica (ARCEL) no endereço eletrônico: www.arcel-pe.com.br ou pelo telefone 0800 00 00 00.

DISTRIBUIÇÃO E PRODUÇÃO DAS INFRAESTRUTURAS					MÊS DA TENSÃO		
CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	TENSÃO	VALOR	VALOR
DIU	SAO CAETANO	0,00	15,34	0,00	220	203	231
FIE		0,00	7,30	15,14			
ENEC		0,00	0,00	0,00			

Unidade: R\$ 10,00. (R\$ 20 - Valor de Energia de Unidade Sistema de Distribuição - R\$ 20,00)

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7014317400	03/2018	22/03/2018	70,76

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Diamisio Ulisses da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 746.658.714 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jurandir Paulo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.836.224 06 do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vitima Jurandir Paulo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.836.224 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Sl. Fernandes</u>		Número <u>463</u>	Complemento
Bairro <u>Rural / Tapiraí</u>	Cidade <u>São Caetano</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55130-000</u>
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(88) 39668-4814</u>	

São Caetano ¹³ de 06 de 2018
Local e Data

Diamisio Ulisses da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, DIONÍSIO ULISSES DA SILVA,

RG: 4163389, data de expedição 10/06/1989

Órgão SSP, portador do CPF 716-658-711-37, com

domicílio na cidade de SAO CAETANO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
ZONA RURAL, nº —

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

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG150 TITAN ESD

Ano: 2014

Placa: 045 1317

Chassi: 962KE1650ER031429

Data do Acidente: 27/02/2017

Local e data do cartório: Caruaru 22/05/2018

 Dionísio Ulisses da Silva
Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade 1

 **3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO** Bel **GABRIEL TOJARDINO**
R. dos Sapateiros, 48 - Bairro Serrinha das Dores - Caruaru/PE - CEP 55008-440 Fone: (81) 3102-4723 - Pbx: (81) 3101-2818
Reconheço por autenticidade a firma de **DIONÍSIO ULISSES DA SILVA**; dou fé.
Selo: 0073718.UDF05201802.02008
Caruaru/PE, 22/05/2018 13:11:41. Em test^o da verdade.
Neide Maria dos Santos Substituta
Emol. R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,39 Gp: 37

Cartório do 3º
Aline



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JURANDI PAULO DA SILVA

Data Nascimento: 30/11/1980 Idade: 36 Anos, 2 Meses e 27 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 00956456

Prontuário: 00322758

História Atual:

REFERE QUEDA DE MOTO

Exame Físico:

DORES NOS OMBROS D+E

Exames Complementares/Resultados:

RX

05.802.494/0001-41
IRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA DE CLAVICULA D+LAC E

19 JUN 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Conduta:

IMOB. EM OITO+AO HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:

HRA

Motivo:

INTERNAMENTO

Data: 27 DE FEVEREIRO DE 2017

Hora: 10:17

Dr. José Patriota
Ortopedia

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): JOSE ALBERICO PATRIOTA
CRM - 5312

HRA

Prontuário: 202029

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANCONISTA

Quetxa Principal / HDA:

Quem de nós, parece que
nos amamos

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Der 1. Modul ist die EMISS

Diag. Provisorio:

① Fe^{2+} se Oxidieren ②
③ H_2 (T.O. II) ④ (E) :

Dr. C. A. L. L. L.

RAINE

(3) Acid microfena

Prescrição:

Diet:

Data

Horário

~~Thiago A. Passoli~~
~~Clonista / Neurologista~~
~~Gr. 02001 / 9 / 01/06~~
~~CPF: 94017547-1~~

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 98 - F

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECEIVED



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

HRA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, 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

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

(☒) Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento

Condição de Alta

() Curado (☒) Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

12/27/2017 11:53:48 AM
1 de 2

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

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

Usuario do Atendimento
SIMONESC



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

Nome: **JURANDI PAULO DA SILVA**

Atendimento: 00956456

Data Nascimento: 30/11/1980

Idade: 36 Anos, 2 Meses e 27 Dias

Prontuário: 00322758

ALTA DOMICÍLIO: ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA: ☒

ALTA AMBULATÓRIO: ☐

RETORNO: ☐ DIAS

ALTA ENCAMINHADO PARA ACOMPANHAMENTO COM O ORTOPEDISTA
DO MUNICÍPIO DE ORIGEM: ☐

Caruaru, 27 DE FEVEREIRO DE 2017
Hora: 10:16

Dr. José Patriota
Ortopedista
CRM 5312

Ass. e carimbo do Médico
Dr.(a): **JOSE ALBERICO PATRIOTA**
CRM - 5312

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Juvenal P. B. Silva

Prontuário: _____

Data: / /

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Frnt. Aberto (D)
LAC (Carnes II) e Esq.

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Remanes em 15 min.

05.802.494/0001-41

TRATAMENTO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

TRATAMENTO REALIZADO:

1 mo. em 28.

Alta Hospitalar: Data: 27 10 2017

Hora: _____

Luiz A. Patroci
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.111

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2019

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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

EC-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E SEGUROS

Jurandi Paulo da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

POLEGAR DESTRO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6.556.818

14/10/2017

« JURANDI PAULO DA SILVA »

« PAULO ELIAS BATISTA DA SILVA »

« IRENE MARIA SANTOS BATISTA »

SÃO CAETANO - PE

« 075317 01 55 2013 2 00024 183 »

30/11/1990

« 011.935.22-08 »

Jurandi Paulo da Silva

MAIO, A. TÍTIPO DE CÍVIL
LE Nº 7.116 DE 1976

1011035222013010772013

1-11 1101 - 342

VALOR EM TÍTULOS QUITADO NACIONAL

4163389

10-06-1989

DIONÍSIO ULISSES DA SILVA

Ulisses Otavio da Silva

Helena Alice da Silva

São Cristiano PE.

12-09-1972

O. Mes. 1.839. Liv. 02. Fls. 14.

Cartorio de São Cristiano PE. 3º Dist.

746.658.714

LEI Nº 11.024/2002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TAVARES BURIL

170

Ulisses Otavio da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA PATRONAL

SECRETARIA DA SUPLENTE FEDERAL

DEPARTAMENTO DE SUPLENTE FEDERAL

746658714 34

DIONÍSIO ULISSES DA SILVA

18.09.72

Dionísio Ulisses da Silva

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180281053

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JURANDI PAULO DA SILVA

Data do acidente: 27/02/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita e LAC esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor no ombro esquerdo. Ao exame: deformidade em dragona, redução da flexão, extensão, abdução do ombro esquerdo e consolidação viciosa da clavícula direita levando a redução da flexão do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador. Realizou fisioterapia, da qual teve alta há 18 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional residual (10%) em ombro direito
Deficit funcional leve (25%) em ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/01/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em ombro direito e em ombro esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 dos ombros	25 %	Em grau residual - 17,5 %	8,75%	R\$ 1.181,25
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

Procuração

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

1. Outorgante JURANDI PAULO DA SILVA
portador(a) do documento de identidade nº 6.556.818, expedido por SDS, em
11.10.2017 inscrito no CPF sob o nº 011.836.221-06, residente na
SI FERNANDES, nº 463
complemento CASA, Bairro ZONA RURAL, cidade
SAO CAETANO, Estado PE

2. Outorgado DIONISIO ULISSES DA SILVA
portador(a) do documento de identidade nº 4163389, expedido por SSP, em
10.06.1989 inscrito no CPF sob o nº 716.658.719-31, residente na
SI FERNANDES, nº 463
complemento CASA, Bairro ZONA RURAL, cidade
SAO CAETANO, Estado PE

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



Caruaru 03 de MAIO de 2018

Outorgante

Jurandi Paulo da Silva



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 JUN 2018
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-0218618/18

Número do Sinistro: 3180281053

Vítima: JURANDI PAULO DA SILVA

CPF: 011.836.224-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/02/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JURANDI PAULO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/01/2019
Nome: DIONISIO ULISSES DA SILVA
CPF: 746.658.714-34

DIONISIO ULISSES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso