
Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214687

Vítima: CLEITON BARRETO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEITON BARRETO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214687

Vítima: CLEITON BARRETO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEITON BARRETO 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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: CLEITON BARRETO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001792-2

Conta: 000010025978-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 141.678.924-30 Nome completo da vítima: Clerton Barreto da Silva

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

Nome completo: Clerton Barreto da Silva CPF: 141.678.924-30

Profissão: recusou Endereço: Sítio Campesino Sica Número: 5N Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Acau Estado: PB CEP: 58350-000

E-mail: antonioa.goiara@gmail.com Tel. (DDD) e nº: 81) 3626-0771

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (Nº 19.9908-0.877)

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1792 2 CONTA: 25.978 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei E-194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Pombado - PE 19.03.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Clerton Barreto da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Barreto da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

[Assinatura]

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, AL 902 AL C

Assinatura - CEP 55060-000

RECIFE-PE

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

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 053ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53ªCIRC
DINTER 1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18 E 0143001208

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/11/2018 às 16:01

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 23/9/2018 às 11:00

Fato ocorrido no endereço: PER52 - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CONDADO, 1 -
Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO (AUTOR/AGENTE)
CLEITON BARRETO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

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

CLEITON BARRETO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA OLÍMPIO FERREIRA DE SOUZA Pai: ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 14/05/2001 Nacionalidade: ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL Residência: RUA EDUARDO GOMES DE FREITAS - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CONDADO, 01 - CEP: 55009-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA VIEIRA BARRETO DA SILVA Pai: ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 29/7/1985 Nacionalidade: ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1738647/SSP/PE (RG), 13333609415 (CPF) Profissão: MOTORISTA Residência: RUA EDUARDO GOMES DE FREITAS - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CONDADO, 01 - CEP: 55009-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 135 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KGZ0358 (PERNAMBUCO/ALIANÇA) Renavam: 135071978 Chassi: CG125BR1134453
Ano Fabricação/Modelo: 1991/1991 Combustível: ALCOOL/GASOL

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 23/09/2018 SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO, ELE ESTAVA NA GARUPA DO SEU PAI QUANDO FORAM FAZER UMA CURVA E A MOTO DERRAPOU, DA QUEDA O FILHO DO SENHOR ANTONIO DESMAIOU, O SAMU FOI ACIONADO E O JOVEM FOI CONDUZIDO DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. NO HR FOI DIAGNOSTICADA A FRATURA NA CLAVICULA, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO. ESSE B.O TEM COMO FINALIDADE, EMBASAR O SEGURO DPVAT.

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

CLEITON BARRETO DA SILVA X *Cleiton Barreto da Silva*

35.802.404/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAI 2019

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

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO
(AUTOR AGENTE)

Antonio Barreto da Silva Filho

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

S.O. registrado por: HUMBERTO VICTOR ALBUQUERQUE DE VASCONCELOS Matrícula: 2866203



05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 141.678.924-30 Nome completo da vítima: Cliton Barreto da Silva

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

Nome completo: Cliton Barreto da Silva CPF: 141.678.924-30

Profissão: Relizador Endereço: Sítio Campinhos Seca Número: 5N Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Acau Estado: PB CEP: 58350-000

E-mail: antonioa.guiana@gmail.com Tel. (DDD) Tel: 3113636-3111

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (R) 19.03.2019

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1792 02 CONTA: 25.978 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às ordens da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Pondado - PE 19.03.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Cliton Barreto da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Barreto da Silva
Assinatura do Representante Legal (se houver)

[Assinatura]
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

05.802.494/0001-43
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Assinatura - CEP 50.040-010
RECIFE-PE

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190214687 **Cidade:** Condado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEITON BARRETO DA SILVA **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: (PÁG.6)CONFORME LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR.ALISSON VINIRO ,CRM 12514,DATA 19/03/2019

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEITON BARRETO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01792-2

CONTA: 000010025978-2

Nr. da Autenticação 594499B0CC711236

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via do boleto

Para obter o boleto, consulte o site www.energisa.com.br ou ligue para 0800 001 001



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 326, km 25 - Caixa Postal - João Pessoa / PB - CEP 56071-000
CNPJ 06.985.155/0001-02 www.energisa.com.br

NOME DO CLIENTE

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO
RUA CAMPEÃO SECA S/N
JOÃO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1328025-0

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

18/03/2019

CONSUMO

0

VENCIMENTO

25/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,85

Acesse: www.energisa.com.br



ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

Telefone: 08-255-733-4270

8387000000-0 24850054000-5 13280252019-8 03280255019-5

VENCIMENTO

25/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,85

MATRÍCULA

1328025-019-00-0



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

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

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via do boleto

Para obter o boleto, consulte o site www.energisa.com.br ou ligue para 0800 001 001



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 326, km 25 - Caixa Postal - João Pessoa / PB - CEP 50071-000
CNPJ 06.985.155/0001-02 www.energisa.com.br

NOME DO CLIENTE

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO
RUA CAMPESSA SECA S/N
JOÃO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1328025-0

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

18/03/2019

CONSUMO

0

VENCIMENTO

25/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,85

Acesse: www.energisa.com.br



ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

Telefone: 08-255-733-4270

8387000000-0 24850054000-5 13280252019-8 03280255019-5

VENCIMENTO

25/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,85

MATRÍCULA

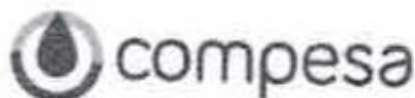
1328025-019-00-0



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

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



AVENIDA CRUZ CARNEIRO - KM. 1367 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (51) 3800-081 0195
Inscrição Estadual: 19.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.038/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 010399440

Recibitório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MELICIO DA COSTA LEITE NETO

R DO CAXIAS, N. 08179 - CASA-2 - CENTRO GOIANA PE 55900-000

Inscrição: 092.430.749.0134.000

GRUPO: 13

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 01039944.0

12/2018-5

LIGADO	POTENCIAL	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	REAL /
01/12/2018	07/12/2018	07/01/2019		
ÁGUA				
LEIT. ANT.: 341	CONSUMO: 8	ESGOTO		
LEIT. ATUAL: 341		LEIT. ANT.: 0		
LEIT. FAT.: 341	NO PARADO	LEIT. ATUAL:		
		LEIT. FAT.: 0		
HISTÓRICO DE CONSUMO		MÉDIA DE ANÁLISES		
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIS. TELA PORT.	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
11/2018	17	ME 2.914/11		
10/2018	15			
09/2018	17			
08/2018	16			
07/2018	14			
06/2018	8			
MÉDIA	8 / 0			
PARÂMETROS		MÉDIA DE ANÁLISES		
		EXIS. TELA PORT.	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
TURBIDIDADE		45	45	44
CUM. APARENTE		45	45	44
CLORO RESIDUAL		44	45	44
COLIFORMES TOTAIS		44	45	44
E. Coli		44	45	44
OBSERVAÇÕES:		1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS ANALISADAS. 2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, E. COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. 3) OS PARÂMETROS CUM. E TURBID. SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS NO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

COMERCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE

JURCS DE MORA

10/2018

03/2018 08/2018 07/2018

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

8 R\$

80,78

2,41

2,06

POR	80,78	1,83	1,00
COTING	82,74	1,60	4,42

20/02/2019

TOTAL A PAGAR

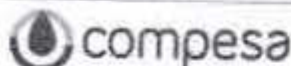
66,22

8 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 123,77. REGULARIZAR SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

emitido por: INTERNET

emitido em:

19/11/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810185
VIAZAMENTOS: 0800-0810185

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Jardim - CEP 50.050-010

Arpe Agência de Regulação
de Preços

0800-2813844

01039944.0

12/2018-5

20/02/2019

TOTAL A PAGAR

66,22

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82880000000-6 66220018062-0 01039944001-9 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/815107E3CAWES/DOCORIGINAL.ASPX?TIPQ=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSENTA, 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 9.639/98.

Pelo exposto, eu Luiz Guilherme Gonçalves de Carvalho
inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antonio Barreto da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o nº 193.336.094 / 15
do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Clerton Barreto da Silva
inscrito (a) no CPF sob o nº 141.678.924 / 30 conforme determinação da Circular Susep 445/12.
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>N</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>armstrongaria.goiana@gmail.com</u>	CEP: <u>55900-000</u>	Tel (DDD): <u>81</u> / <u>3626-3771</u>

Local e Data: Goiana - PE 19.03.2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Barreto da Silva Filho,

RG nº 5.738.647, data de expedição 07/08/78,

Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 193.336.094-15, com

domicílio na cidade de Alcázar, no Estado de

Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

São Campina Sica, nº 5N,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Cliton Barreto da Silva, cujo o condutor era

Antônio Barreto da Silva Filho.

Veículo: motocicleta

Modelo: honda eq 125

Ano: 1991

Placa: KGZ 0368

Chassi: EQ125BR1134463

Data do Acidente: 23.09.2018

Local e Data: Caridade PE 12.11.2018.

Antônio Barreto da Silva Filho
Assinatura do Declarante

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



SAMU
192



Hora do chamado: 11:51
Chegada ao local: 12:30
Saída do hospital: _____
Hora de conclusão: _____

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 23/09/18 Distrito: _____ Número da Ocorrência: S-330522
Motivo da Solicitação: Solicitação de moto/moto ☐ UTI ☒ Básica ☐ Helicóptero

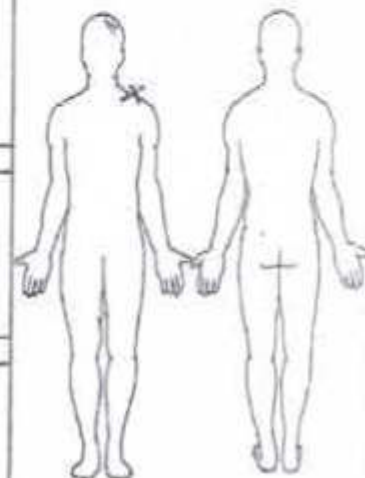
☒ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ EVENTOS ☐ OBSTÉTRICOS
☒ Clínico ☐ Clínico ☐ HANGAR ☐ PSIQUIÁTRICO
☒ Causas Externas ☐ Causas Externas ☐ METROPOLITANO ☐ TROTES/CANCELADAS
☐ ÓBITO ☐ REMOÇÃO - Senha _____

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Gliten Bazzeta da Silva Idade: 17 anos
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem. Profissão: _____ Fone: _____
End.: PE-062 Bairro: _____
Solicitante: Allyson Fone: _____
End. Orig.: Landado Bairro: _____
Referência: Praxe: a sala sustentancia

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motociclista	Atropelamento	Mecan. do Trauma
☐ Motorista	☒ Motociclista	☐ Via Pública	☐ Capotamento
☐ Passageiro/Frente	☐ Passageiro	☐ Calçada	☐ Ejeção
☐ Passageiro/Trás		☐ Outros	☐ Impacto frontal
Uso do Cinto	Uso do Capacete		☐ Impacto lateral
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☒ Não		☐ Impacto traseiro
Acid. Trânsito	Acid. Ciclista	Intoxicação	Exposições
☐ Camião ou Moto	☐ Colisão	☐ An. Peçonhento	☐ Choque Elétrico
☐ Ônibus	☐ Queda	☐ Exógeno	☐ Fogo
☐ Caminhão	☐ Outros	☐ Outros	☐ () 1° () 2° () 3°
☐ Placa		Agente causador	☐ Fumaça
			☐ Subst. Química
Asfixia	Queda	Agressões	
☐ Semi-afogamento	☐ Própria altura	☐ Arma de fogo	☐ Agressão Física
☐ Soterramento	☐ Outra altura	☐ Tipo _____	☐ Maus tratos
☐ Engasgo	☐ Aproximadamente _____ metros	☐ Arma branca	☐ Abuso sexual
☐ Outros		☐ Tipo _____	



CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: paciente com fratura de clavícula E
TC E S.O.

Hipótese Diagnóstica Conhecida: _____

AValiação Clínica:

Temperatura	Glicemia(HGT)	☐ Agitação Psicomotora	☐ Sudorese
		☐ Desidratação	☐ Batimento Aza Nariz
Vias aéreas	Pulso	☐ Lesões de Face	☐ Cianose
F.R.		☐ Ictérico	☐ Deformidade Tórax
RN: 35-50	RN: 120-160	☐ Palidez	☐ Dispneia
Ad: 16-20	Ad: 60-110	☐ Cor da pele Normal	☐ Dislalia falatório

☐ Gemido

☐ Obst. V. Aéreas

☐ Retração Xifóide

☐ Sibilos

☐ Tiragem

☐ Circulação PA

05-802-494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
REGULOS LTDA

MAR 2019

175, 51 907 BL. C

CEP 50.060-010

RECIFE-PE

150 X 100



SAMU
192

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária

- ☒ Alerta
☐ Resposta Verbal
☐ Resp. estímulos Dolor
☐ Irresponsivo

Sinais de Dief. Cerebral

- ☐ Déficit Motor
☐ Desvio da Comissura Labial
☐ Dificuldade de Fala

Avaliação das Pupilas

- ☒ Isocóricas
☐ Anisocóricas
☐ Midríase
☐ Miose

NATUREZA DA LESÃO

- ☐ Lesões Intra-abdominais
☐ Lesões Intra-torácicas
☐ Presença/Sangue

Fratura - Ossos Longos

- ☐ Aberta ☐ Fechada

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular

Resposta Verbal

Resposta Motora

Total de Pontos

Abertura Ocular Espontânea

4

Orientado

5

Obedece Comando

6

Abertura Ocular à Voz

3

Confuso

4

Localiza Estímulos Dolorosos

5

Abertura Ocular à Dor

2

Resposta Inapropriada

3

Retirada ao Estímulo Doloroso

4

Sem Abertura Ocular

1

Sons Ininteligíveis

2

Flexão Anormal (Decorticação)

3

Sem resposta Verbal

1

Sem resposta Verbal

1

Extensão Anormal (Decerebração)

2

Sem Resposta Motora

1

15

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

- ☐ Aspiração de Sangue e Secreção
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Imobilização da Coluna Cervical
☐ Infusão de Fluidos
☐ Ressuscitação Cardiorrespiratória
☐ Imobilização de Membros

Ventilação Mecânica

Modalidade:

FiO₂:

Adaptação Ventilação

- ☐ Bem ☐ Mal

Outras Condutas:

Intercorrências:

OP: ☐ Cateter ☐ CPAP ☐ Venturi % ☐ Másc. d' Reservatório

USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

- ☐ Alcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha ☐

Informante: ☐ A própria Vítima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar:

- ☐ Alteração de Humor ☐ Agitado/Irritado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente
☐ Alteração na marcha ☐ Agressivo ☐ Hálito Alcoólico ☐ Sonolento

Referente a ingestão de bebida alcoólica há:

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde o paciente foi encaminhado:

H.A.

Registro do hospital:

Médico que Recebeu:

- ☐ Mesa Retida na Unidade Hospitalar
☐ Orientação para o Ambulatório
☐ Óbito Antes do Atendimento
☐ Óbito durante o Atendimento
☐ Prancha Retida
☐ Removido Antes do Atendimento

Assinatura do Médico Responsável:

EQUIPE

Médico Regulador: José M. Brito Médico Assistente:

Enfermeira: Silvia Socorrista:

Condutor/Piloto: Assis Op. de Frotas/OEE: Assis

Função do responsável pelo preenchimento:

Assis - Enfermeira

Ass: Assis

SOLICITOU APOIO DA UTI

☐ SIM

☒ NÃO

Observação:

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica

Ass: _____

05.202.494/0001-41
TRACÃO CORRETO
DE SEGUROS LTDA.

21 MAR 2019

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 DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 3679327

Nome: Claiton Brito da Silva

Foi atendido às 13h46 hs. do dia 23/05/2018

Diagnóstico Provável:

Trombose Cerebral
Embolia Cerebral
Embolia Cerebral
Embolia Cerebral
Embolia Cerebral

CD-10: I63.9

Tratamento Realizado: Clínico por parte da
Neurologia

Observação: As Amplaletas de Neuro
30 dias de Alta
Afastamento de Paciente por

Cópia de: 30 dias.

Rita Mota
Médica-Residência
Neurocirurgia
CRM 19.281/PE
02/05/18

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2018

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

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CLEITON BARRETO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1649324	ATENDIMENTO: 01030937
DATA DE NASCIMENTO: 14/05/2001	FOI ATENDIDO EM: 23/09/2018 ÀS 13:46	
	DATA DA ALTA: 25/09/2018 ÀS 14:42	

Diagnóstico Provável:

1) FRATURA DE CLAVICULA (CID: S42.0)

Tratamento Realizado:

OSTEOSSINTESE DE CLAVICULA ESQUERDA

Observação:

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 30 (TRINTA) DIAS
RETIRAR PONTOS APOS 10 DIAS
CURATIVO DIARIO
ANALGESIA PARA DOMICILIO

Encaminhado para:

AMBULATORIO DO HR COM DR TIAGO JUSTUS APOS 3 SEMANAS



Luan Antunes Martins Macedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26469

LUAN ANTUNES MARTINS MACEDO - CRM: Nº.26469

Recife, 25, SETEMBRO, 2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

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 DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1649324

Nome: Claiton Bezerra da Silva

Foi atendido às 13h46 hs, do dia 23/09/2018

Diagnóstico Provável:

Trombose Cerebrovascular
(Hemorragia Extradural Temporoparietal à Esquerda)
Paralisação Extremidade Esquerda

CID-10: S06

Tratamento Realizado: Clínica por Parte da Neurocirurgia

Observação: Admissão em Ambulatório de Neurocirurgia após 30 dias de Alta
Afastamento da Escola por

Cópia de: 30 dias.

Rita Mota
Médica-Residência
Neurocirurgia
CRM 19.281-PE
02/10/18

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0066

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

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

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO FUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23/09/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23/09/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Cleiton Barreto da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura clavícula esquerda TCE com paralisia facial	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Osteomassagem de fratura da clavícula Fisioterapia motora 15 sessões TCE - Tratamento conservador	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO Atingido
1ª Do, déficit de força e AAR
2ª no ombro esquerdo quando
3ª a perda funcional de 25% no
4ª ombro esquerdo
5ª

AFIRMO QUE ASSISTIR/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 19/03/19 A 19/03/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Guiana. PE 19/03/19.

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

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

Dr. Anderson F. F. Viana
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 60140/PM-PE 17608
3207 12614



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PE Nº 014482719656
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - RNTTC - ANO INICIAL - 2019
1 1860/1078

NOME -
ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

ALIANÇA-PE

OFF/CHU - PLACA
193.336.094-15 RGE0368

PLACA ANT/UF - CIABR
RGE0368/PE PE 00125881134463

ESPECIE TIPO - COMBUSTÍVEL
PAS / MONOTRILHA FLSOLTRA

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO MOO
BOMBA/CO 125 1981 1981

CAP/POT/CL - CATEGORIA - COT. PRE DOMINANTE
28/124CL PARTIO 72855111A

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS
1 1981 2018 QUITANDO 1 1981 2018 QUITANDO

PAGA PVA - PARCELAMENTO / COTAS
1 1981 2018 QUITANDO 1 1981 2018 QUITANDO

PRÊMIO TARIFÁRIO - OF - PR - PRÊMIO TOTAL - PR - DATA DE PAGAMENTO
1 1981 2018 QUITANDO 1 1981 2018 QUITANDO

SEGURO - PAGO - OBSERVAÇÕES

SOME RESERVA

ALIANÇA - DATA
23/06/18

ASSINATURA DO DETRAN - PE
ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

DISSOLUÇÃO DE CONTRATO DE SEGURO DE VEÍCULO

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

PE Nº 014482719656 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

CARA ALIANÇA-PE 35890-000

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

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2018 23/06/18

VIA - OF/CHU - PLACA
1 193.336.094-15 RGE0368

RENAVAM - MARCA/MODELO
1860/1078 BOMBA/CO 125

ANO FAB - ANO MOO - Nº CHASSI
1981 1981 00125881134463

PRÊMIO TARIFÁRIO - DENOMINAR - CUSTO DO SEGURO (R\$)
1 1981 2018 QUITANDO 1 1981 2018 QUITANDO

CUSTO DO BILHETE (R\$) - OF - PR - PRÊMIO TOTAL - PR - DATA DE PAGAMENTO
1 1981 2018 QUITANDO 1 1981 2018 QUITANDO

SEGURO - PAGO - OBSERVAÇÕES

SOME RESERVA

ALIANÇA - DATA
23/06/18

ASSINATURA DO DETRAN - PE
ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

DISSOLUÇÃO DE CONTRATO DE SEGURO DE VEÍCULO

DISSOLUÇÃO DE CONTRATO DE SEGURO DE VEÍCULO

DISSOLUÇÃO DE CONTRATO DE SEGURO DE VEÍCULO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Antonio Barreto da Silva Filho
RG/CNH/CTPS: 1.738.647 CPF: 193.336.094.15
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro
End: Sítio Campina Seca, SN, Acaú - PB

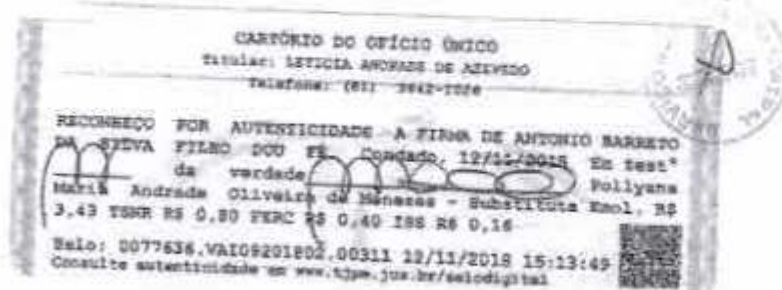
Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Golana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Eliton Barreto da Silva

Acidente: 23.09.2018
Cobertura: Invalidez

Condado - PE, 12 de Novembro de 2018.

Antonio Barreto da Silva Filho
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 53.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096094/19

Vítima: CLEITON BARRETO DA SILVA

CPF: 141.678.924-30

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: CLEITON BARRETO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO : 193.336.094-15

Comprovante de residência
Documentos de identificação

CLEITON BARRETO DA SILVA : 141.678.924-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso