

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190421489 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO NO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA E SUTURAS - NO HÁLUX DIREITO); DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.
PÁG 1/4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190421489

Vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 09/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

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, 15 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190421489**

Vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 09/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 28977882591 Nome completo da vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

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

Nome completo: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO CPF: 28977882591

Profissão: RECUSA Endereço: RUA TORRES GALVÃO Número: 628 Complemento: CASA

Bairro: CAETES VELHO Cidade: ABREU E LIMA Estado: PE CEP: 53560-110

E-mail: RECUSA Tel. (DDD): 81 985492354

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

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 (341)

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

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 00035305 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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: ABREU E LIMA 09 DE JULHO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Rinaldo José Arruda do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura: 10 JUL 2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura: _____



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 02ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGARASSU
DP2ªCIRC DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0119000192

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/02/2019
09:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpa (Consumado)
que aconteceu no dia 9/5/2018 às 14:55

Localização no endereço: MUNICÍPIO DE IGARASSU, 01, RODOVIA BR 101
NORTE, KM-42, CENTRO, IGARASSU - Bairro: CENTRO -
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: DEFRENTE AO
BAR DOS AMIGOS E DEPOIS DO POSTO SERTÃO
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL / BR 101 NORTE, KM- 442

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA DO VEÍCULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA (AUTOR / AGENTE)
JOSE CLAUDIO CAVALCANTE DE LIMA (OUIRO)
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a):
MOTORISTA DO VEÍCULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a):
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 de 78

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

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

RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo
Masculino Mãe: FRANCISCA GUILHERMINA DE ARRUDA Pai: JOSE BRÉSILIO DO
NASCIMENTO Data de Nascimento: 28/4/1985 Nacionalidade: SURUGIM / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 2884286/98/PE (RG); 2897788281 (CPF); 61884847246 (CNH)
Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA
Telefones Celulares:
863287422

Endereço Residência: BAIRRO DE CAETES VELHO (BAIRRO), 428, RUA TORRES GALVÃO,
888, ARRUA E LIMA-DE, - CEP: 50050-000 - Bairro: CAETES VELHO - ARRUA E
LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

MOTORISTA DO VEÍCULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA (não presente ao

plântão) - Sexo: Masculino Mãe: O Pai: O Nascimento: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão: MOTORISTA

JOSE CLAUDIO CAVALCANTI DE LIMA (não presente no plântão) - Sexo: Masculino Mãe: O Pai: O Nascimento: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 87477342488 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES Telefones Celulares: 887486168

Endereço Residencial: RUA MARIA DAS DORES, 81 - CEP: 0 - Bairro: CRUZ DE REBOUCA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO I MOTO PLACA PEI-5888 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE CLAUDIO CAVALCANTI DE LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a): RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEI5888 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 188688887 Chassi: SC7M012060R88888
Data de Emissão do Documento: 2018/2018

VEICULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MOTORISTA DO VEICULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA, que estava em posse do(a) Sr(a): MOTORISTA DO VEICULO II GOL DE PLACA NÃO ANOTADA
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/VW/GOL Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA O COMUNICANTE QUE ESTAVA SE DESLOCANDO COM O VEICULO MOTO DE PLACA PEI-5888, PELA RODOVIA BR 161 NORTE, SENTIDO GOIANA-PE, QUANDO FOI ABALROADO PELO VEICULO II, QUE NÃO FOI ANOTADA A PLACA NEM DADOS DO CONDUTOR, QUE A VITIMA SE MACHUCOU E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO, ONDE DEU ENTRADA SOB N° DE PRECATÓRIO 188888.

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

Rinaldo José Arruda do Nascimento
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

S.O. registrado por: ANTONIO MIGUEL NEVES DO CARVALHO - N° 138.1334

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUN 2018

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

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: 28977882591 Nome completo da vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

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

Nome completo: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO CPF: 28977882591

Profissão: RECUSA Endereço: RUA TORRES GALVÃO Número: 628 Complemento: CASA

Bairro: CAETES VELHO Cidade: ABREU E LIMA Estado: PE CEP: 53560-110

E-mail: RECUSA Tel. (DDD): 81 985492354

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

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 (341)

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

AGÊNCIA: 3122 CONTA: 00035305 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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: ABREU E LIMA 09 DE JULHO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura 10 JUL 2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura _____

Igarassu 28 de junho de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Rinaldo José Arruda do Nascimento, R.G. nº 2834296 SSP-PE, C.P.F. 289.778.285-91, residente e domiciliado na Rua Torres Galvão nº 628, Caetés Velho, Abreu-Lima, foi atendido pelo SAMU METROPOLITANO DE IGARASSU no dia 09/05/18 às 14h55min, ocorrência nº S474702, vítima de acidente moto, acidente ocorrido na BR 101, s/n Igarassu, o mesmo foi removido para Hospital do Espinheiro.



Dra. Roberta Pereira da Silva Ummen
Enfermeira e Coordenadora do SAMU Igarassu

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2019

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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902

CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

CELPE

DADOS DO CLIENTE
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TORRES GALVAO 628

CPF 289 778.825-91 NIS 12157040821

CAETES VELHO/ABREU E LIMA
ABREU E LIMA PE
53560-110

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 III 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-030
OFFER.M

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
063158984	ÚNICA	23/05/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/05/2019	2000428106	63584

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0848947032	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
30/05/2019	21/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	94,78

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL



BANCO ITAUCARD SA

| 341-7 | 34191.75306 03194.672527 50451.630003 1 000

Recibo do Pagador

Nome do Pagador/CPF/CNPJ
SONIA MARIA LIN / 592.589.004-30Nosso Número
175300319467Vencimento
11/07/2019Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP
BANCO ITAUCARD SA / 17.192.451/0001-70
ALAMEDA PEDRO CALIL 43 CENTRO POA SPNr. Documento
5358580064025304Valor do Documento
2.328,96

BANCO ITAUCARD SA | 341-7 | 34191.75306 03194.672527 50451.630003 1 000

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER AGENCIA ATÉ O VENCIMENTO					Data de Vencimento 11/07/2019	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP BANCO ITAUCARD SA / 17.192.451/0001-70 ALAMEDA PEDRO CALIL 43 CENTRO POA SP					Agência/Cod. beneficiário 2525/04516-3	
Data do Documento 11/07/2019	Número do Documento 5358580064025304	Espécie Doc FT	Aceite N	Data Processamento 11/07/2019	Nosso Número 175300319467	
Uso do Banco	Carteira 175	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento 2.328,96	
					(-) Desconto/Abatimento	
					(+) Juros/Multa	
					(-) Valor Cobrado	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP SONIA MARIA LIN / 592.589.004-30 R ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338 CENTRO IGARASSU PE 53610-433						
Sacador Avalista:						

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2019

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu HANSE LINDBERGH CINS DE SOUZA inscrito (a) no CPF/CNPJ 042760234 / 32
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 289778825 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
A MESMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 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 ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO</u>		Número <u>338</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>JGARASSU</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53610433</u>
Email <u>RECUSA</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>81985490354</u>

JGARASSU, 05.02.494/0001-41 de 10 de 2019
Local e Data:
TRACAO CORRIDENTA
DE SEGUROS LTDA

Hanse Lindbergh Cins de Souza
Assinatura do Declarante
Boa Vista - CEP 53600-010
PE/CE-DE

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/08/2018 08:30

Paciente: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO	Dt. Nasc.: 20/04/1965	Atendimento: 15472588	Prontuário: 2585686
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300211/2	
Profissional(is): ISAAC S TORRES CRM 19664 [1]	Nº: 09214480	09/05/2018	às 16:07

ANAMNESE

Queixa Principal	TRAZIDO POR SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 2 HORAS TRAUMA EM MID, HEMITORAX DIR, OMBRO DIR, ANTEBRAÇO ESQ USAVA CAPACETE, NEGA DESMAIO OU VOMITOS ECG15, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, ESCORIAÇÕES EM MEMBROS	[1]
Queixa Principal		
CID10	R52 DOR NCOP	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	TRAZIDO POR SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 2 HORAS TRAUMA EM MID, HEMITORAX DIR, OMBRO DIR, ANTEBRAÇO ESQ USAVA CAPACETE, NEGA DESMAIO OU VOMITOS ECG15, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, ESCORIAÇÕES EM MEMBROS	[1]
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	R52 DOR NCOP	[1]
CID10	R52 DOR NCOP	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10/11/2019

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

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/08/2018 08:31

Paciente: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 20/04/1965 Atendimento: 15472588 Prontuário: 2585686
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300211/2

Profissional(is): ISAAC S TORRES CRM 19664 [1] Nº: 09215019 09/05/2018 às 16:58

ANAMNESE

Queixa Principal FRATURA FECHADA DE CLAVICULA DIREITA, NEUROVASCULAR MSD PRESERVADO / CD=TIPOIA, ORIENTAÇÕES, ANALGESIA, SADT PARA AMBULATORIO DE CIRURGIA DO OMBRO / AVALIAÇÃO CIRURGIA GERAL (TRAUMA TORÁCICO). [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S420 FRAT DA CLAVICULA [1]

99 [1]

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral FRATURA FECHADA DE CLAVICULA DIREITA, NEUROVASCULAR MSD PRESERVADO / CD=TIPOIA, ORIENTAÇÕES, ANALGESIA, SADT PARA AMBULATORIO DE CIRURGIA DO OMBRO / AVALIAÇÃO CIRURGIA GERAL (TRAUMA TORÁCICO). [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S420 FRAT DA CLAVICULA [1]

CID10 S420 FRAT DA CLAVICULA [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 JUL 2018
Rua da Aurora, 111 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/08/2018 08:32

Paciente: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 20/04/1965 Atendimento: 15472588 Prontuário: 2585686
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300211/2
Profissional(is): ANN CIBELLE DA SILVA ARRUDA COREN 728106 [1] Nº: 09215147 09/05/2018 às 17:09

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

PROFENID IV FRAP 100MG EV ADMINISTRADO AS 17:09, EM 09/05/2018 RESP. ANN CIBELLE DA SILVA ARRUDA, COREN/PE 728106. [1]

DIPIRONA AMPL 1000MG EV ADMINISTRADO AS 17:09, EM 09/05/2018 RESP. ANN CIBELLE DA SILVA ARRUDA, COREN/PE 728106.

CONTROLE VITAIS

Administrado Medicamento Conforme Prescrição Médica. Segue Sem Queixas

Sim

[1]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUN 2019

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

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

08/08/2018 08:32

Paciente: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO Dt. Nasc.: 20/04/1965 Atendimento: 15472588 Prontuário: 2585686
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300211/2

Profissional(is): ISAAC S TORRES CRM 19664 [1] Nº: 09215449 09/05/2018 às 17:35

ANAMNESE

Queixa Principal

REALIZADA LIMPEZA, DEBRIDAMENTO, SUTURA DE FERIMENTO
CONTUSO EM HALUX DIR

[1]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUN 2018

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

RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

DATA DO EXAME: 09/05/2018

D

05.802.424/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 Jun 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2834296 SSP PE

CPF DATA NASCIMENTO
289.778.825-91 20/04/1965

FILIAÇÃO
JOSE PRESILIO DO
NASCIMENTO
FRANCISCA GUILHERMINA
DE ARRUDA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO
01864847240

VALIDADE
28/11/2018

1ª HABILITAÇÃO
10/03/1988

OBSERVAÇÕES

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10/11/2019

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

Rinaldo Jose Arruda do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
02/12/2013

Rodrigo Carvalho

ASSINATURA DO EMISSOR

26411604092
PB026297680

DETRAN-PB (PARAÍBA)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIAO DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

WILLIAM LINDENHOUT LINS DE SOUZA

CPF: 5962094-800-00
RG: 042.760.234-32
DATA NASCIMENTO: 03/03/1981

**WILLIAM LINDENHOUT GAB
LINS DE SOUZA
SANTA MARIA LINS DE SO
LINS**

PROFISSAO: **ENFERMEIRO**
N.º PROFISSAO: **02381502672**
VALIDADE: **11/12/2012**
VALIDADE: **30/05/2012**

DESCRIÇÃO: **ENFERMEIRO**

William Lindenhou Lins de Souza

LOCAL: **PAULISTA, PE**
DATA EMISSÃO: **12/12/2017**

PERNAMBUCO

1559850170

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PE Nº 013222787947
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 1 1086600077 EXERCÍCIO 2017

NOME JOSER CLAUDIO CAVALCANTI DE LIMA

ICARASSU-PE

074 773 424-06 PLACA ED15885

CHASSI 302K 0221 051031455

COMBUSTÍVEL ALCOOL

ANV. FAF ANO MOD. 2016 2014

RECEITA DE INTERCOMUNICACAO

CATEGORIA PARTICULAR

VENO / COTAS 1 1 2 3

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

VAL. VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ICARASSU

13/03/17

JOSE ANTONIO ANDREAS

DETRAN - PE

DETRAN

DETRAN

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2019

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

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

PE Nº 013222787947 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSER CLAUDIO CAVALCANTI DE LIMA 53625-200

ICARASSU-PE

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 2017 DATA EMISSAO 13/03/17

PLACA ED15885

CHASSI 302K 0221 051031455

COMBUSTÍVEL ALCOOL

ANV. FAF ANO MOD. 2016 2014

RECEITA DE INTERCOMUNICACAO

CATEGORIA PARTICULAR

VENO / COTAS 1 1 2 3

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

VAL. VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ICARASSU

13/03/17

JOSE ANTONIO ANDREAS

DETRAN - PE

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.888/0001-04

INSTRUCOES: 1- LER O BILHETE DPVAT
2- LER O BILHETE DE SEGURO DPVAT
3- LER O BILHETE DE SEGURO DPVAT

CARTA

À SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT

SINISTRO Nº 289.778.825-91

DE: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

**ASSUNTO: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO COM A FIRMA RECONHECIDA POR
AUTENTICIDADE EM CARTÓRIO
(EXIGÊNCIA)**

Prezado(a)s,

Em atendimento a Vossa exigência, venho por meio desta informar que, toda a documentação elencada em Lei para o recebimento do seguro DPVAT já foi enviada a essa conceituada empresa, não tendo qualquer cabimento a nova exigência administrativa da declaração do proprietário do veículo, com a firma reconhecida em cartório por autenticidade, já que o mesmo encontra-se em local incerto e não sabido e/ou está se recusando para tanto. Ademais informo que, caso a seguradora Líder entenda necessária, seja realizada a auditoria competente, no intuito de ser ratificada todas as informações constantes no(s) documento(s) já apresentado(s).

Diante desta situação, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários, bem como que, não sendo dada uma solução para este impasse, tomarei as medidas judiciais cabíveis, tendo em vista que todos os documentos mencionados em Lei para o recebimento do seguro DPVAT já foram devidamente enviados, não podendo, destarte, a norma administrativa sobrepor-se ao dispositivo Legal.

Sem mais, fico no aguardo!

Igarassu (PE), 25 de junho de 2019.

Rinaldo José Arruda do Nascimento

RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10.111.2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190421489 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 09/05/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMA CORTO-CONTUSO NO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA E SUTURAS - NO HÁLUX DIREITO); DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.
PÁG 1/4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO
IDENTIDADE: 2834296 CPF: 28977882591
ENDEREÇO: RUA TORRES GALVAO Nº 628 CAETES VELHO.
ABREU E LIMA - PE

OUTORGADO:

NOME: MANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 5962094 CPF: 04276023432
ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO Nº 338
CENTRO - JGARASSU - PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomelo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, aquém confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório-DPVAT.

ABREU E LIMA, 16 de JULHO de 2018



x Rinaldo Jose Arruda do Nascimento

= Assinatura do Outorgante =

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10/07/2018

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

Por autenticidade



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233295/19

Vítima: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

CPF: 289.778.825-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/05/2018

Titular do CPF: RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA : 042.760.234-32

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

RINALDO JOSE ARRUDA DO NASCIMENTO : 289.778.825-91

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/07/2019
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso