

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



Alcione Gomes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 ABR 2019

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

R\$ 633.938

DATA DE
EXPEDIÇÃO

28/06/2011

« « ALCIONE GOMES DA SILVA » »

« « ARNOBIO BATISTA DA SILVA » »

« « VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES » »

RESIDENCIAL

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

18/10/1979

Nº CIVICO: « « 074526 01 F 3 » » 2 00052 212
20500290 72 OLIMPO-PE » »

028.466.664-58.700-0001-41 028.466.664-58.700-0001-41

ASSINATURA DO CORRETOR

LEINº 7 116 DE 29/06/83

F-04 00 23

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

04/0001-41

CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 MAR 2013

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: 3190166651 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE Perna ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PAG.01

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166651 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PAG.01

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166651 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE Perna ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELEcer A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINtES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
-RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
-LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIs COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
-EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARS, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

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, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166651

Vítima: FABIANO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIANO GOMES 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



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, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166651

Vítima: FABIANO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIANO GOMES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166651 Vítima: FABIANO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIANO GOMES 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FABIANO GOMES DA SILVA**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004815

Conta: 000001244-4

Tipos de Conta:

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, retorno 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:

023.076.114-36 FABIANO LOMES DA SILVA

Nome completo da vítima:

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Bairro:

FABIANO LOMES DA SILVA

RUA ESTRELA DA MURBECIA
RECIFE

CPF:

023.076.114-36

Número:

Complemento:

E-mail:

CEP:

52.490-000

Tel. (DDD):

(83) 9.8488-7131

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

REUSO 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

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

CONTA POUPANÇA (Inclui-se para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Inclui-se banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4815 013

CONTA: 1244

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei fl.194/74, art. 36, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

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 tiver filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que sirvam 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: 10/10/10, 26/01/10 03/08/10
Nome: _____
CPF: _____

05.802.494/0001-41

Assinatura

[*] Assinatura de quem assina o RODO

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS S/A

x Fabiano Lomes da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

22 FEB 2010

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver) / Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor 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 POLÍCIA DA 005^a CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5^aCIRC
DIM/5^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0095000255

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/01/2019 às 10:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/11/2018 às 17:59**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 01, PRÓX. A PIZZARIA PASSIRA, FUNERÁRIA SÃO JOÃO, RUA TEIXEIRA E AV. NORTE - Bairro: CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 - Ponto de Referência: **PIZZARIA PASSIRA/FUNERÁRIA SÃO JOÃO**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

J.R.D.S.P.F. (Menor de Idade) (AUTOR / AGENTE)
 A.J.D.S.G. (Menor de Idade) (OUTRO)
 FABIANO GOMES DA SILVA (VITIMA)

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2014

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): J.R.D.S.P.F. (Menor de Idade)
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): FABIANO GOMES DA SILVA
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): A.J.D.S.G. (Menor de Idade)

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

FABIANO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: LUIZA FARIA DA SILVA Pat: MANOEL GOMES BEZERRA Data de Nascimento: 12/10/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4947993/SDS/PE (RG) 02307611436 (CPF) 03766430438 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES Telefones Celulares: - 81984364029

Endereço Residencial: **ESTRADA DE MUMBÉCA, 945, TRAVESSA DA MUMBÉCA - CEP: 55000-000 - Bairro: GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRAS SCHIN CARIOL**

J.R.D.S.P.F. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/2017 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

A.J.D.S.G. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/2017 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIANO GOMES DA SILVA**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **FABIANO GOMES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCC9260** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA FAN 160 CC VERMELHA**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **J.R.D.S.P.F. (Menor de Idade)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROGERIO DOS SANTOS PEREIRA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDC5106** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA XRE 300 CINZA**

VEÍCULO 3 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **A.J.D.S.G. (Menor de Idade)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADRIANO JOSE DA SILVA GALVAO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHJ8850** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA INFORMANDO QUE ESTAVA PARADO NO LOCAL ACIMA CITADO, E QUE DE REPENTE A MOTOCICLETA 2 VEIO EM VELOCIDADE E BATEU NO AUTOMÓVEL 3 E DEPOIS VEIO DE ENCONTRO A VÍTIMA, ATINGINDO A MESMA NA Perna ESQUERDA, E QUE A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE A SUA MOTOCICLETA E CAIU EM VIA PÚBLICA. RELATA A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA POR UMA UNIDADE TÁTICA DE RESGATE DO GRUPAMENTO DE BOMBEIROS, COMANDADA PELO SARGENTO GLEYBSON/940444-9, SENDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO 1058082, AOS CUIDADOS DO MÉDICO LUAN MACEDO, REGISTRO 26469, CONFORME CERTIDÃO NÚMERO 2018APH001785/CBMPE, E ATENDIDO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NÚMERO 01058372/25/11/2018. NADA MAIS DECLARADO, ENCERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

**FABIANO GOMES DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **NELSON FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **3809625**



05.802.494/0001-42
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 22 FEV 2019
 Rua da Aurora, n° 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:	Nome completo da vítima:	
	023.076.114-36	FABIANO LOMES DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	FABIANO LOMES DA SILVA		CPF: 023.076.114-36
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
MARINEGARIA	RUA ESTRELA DA MURBEGA	943	
Bairro:	Cidade:	CEP:	
RECIFE	PE	52.490-000	
E-mail:	Tel. (DDD): 82) 9.8488-7531		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Indicar os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1815 05 CONTA: 1244 4 (informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo acima citado, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas 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.

Impressão digital para identificação da pessoa física que assina o documento	Local e Data: 01/09/16 16/09/16 06/2018	TESTEMUNHAS
Nome: _____	Nome: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____	CPF: _____
	05.802.494/0001-41	Assinatura

(*) Assinatura de quem assina o RGOD TRAÇÃO CORRETIVA: _____
x Fabiano Lomes da Silva DE SEGUROSCIDA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 22 FEV 2019 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Rua 175, SL 902 BL C
Bom Vista - CEP: 50.060-010

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e casada, para preencher e assinar o presente formulário. A SEJ RGOD, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2018APH001785 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr("). FABIANO GOMES DA SILVA, 40 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 4947993 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 023.076.114-36, residente à ESTRADA DA MUNBECA, nº 945, GUABIRABA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 25/11/2018, por volta das 17:59 hs, no endereço: AVENIDA NORTE, S/N, VASCO DA GAMA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA FAN, VERMELHA, PCC9280-PE; MOTOCICLETA XRE 300, CINZA, PDC5106-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(") FABIANO GOMES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 023.076.114-36 e Registro Geral nº 4947993, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940444-9 GLEYBSON. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1058082. Ficou aos cuidados do médico LUAN MACEDO, registro 26469. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 16/01/2019

A autenticidade dessa certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbn.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001785

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2019

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

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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: 06/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIANO GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04815

CONTA: 00000001244-4

Nr. da Autenticação BE368BBD515BF1A6

Zembla hrvatske je finansirala Dalmatinskih Crkava prije 500.000 HRK, dan 30/04/2010.



Companhia Energética da Paraíba
Av. Antônio de Sá, 111 - Bairro Vila Rica, Petrópolis - PB CEP: 58610-002
CNPJ: 03.338.332/0001-47 | Ins. Est.: 00000000001 | www.cepariba.com.br

ANSWER

ESTRUCTURA LIMÍTROFE DE LOS MAREOS
DEL ESTE DE MEXICO 965-AP-403 Pg. 2

OF-2020-114-36

QUABEABA RECIPES
RECIPE #6
1996-039

CLASSIFICAÇÃO
BIT RESENHA
PESQUISA

1996年1月1日
新規制の実施

APURAÇÃO TÉCNICA	DATA	HORÁRIO
06/09/2017	TRÍCIA	24/11/2018
APRESENTAÇÃO	HORA CLIENTE	HORA INSTALAÇÃO
06/10/2018	10:14:00:00	06/11/2018

NUMBER CONTRATO 7030291375 **DATA** 11/2018
DATA DE VENCIMENTO 30/11/2018 **DATA PAGAMENTO PRIMEIRA PARCELA** 26/12/2016

83-26

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contas a Receber (Vrh)	94.000,00	0,7364982	69,22
Acrecimo Bancario AMPLIA			1,21
Adesconto Bancario VRRMELH			1,48
Contas a Rec. Pultex Multicaja			11,54

第15章 | 项目管理

53-20

Nº DO BRINCO	TIPO DA FUNÇÃO	DESCRIÇÃO TÉCNICA DE CÓDIGO N.º DA NOTA FISCAL						AJUSTE	COMUNICADO (W/H)
		ANTERIOR	ATUAL	M/F	CONSTANTE	DATA	LEITURA		
01138668	CAT	14/12/2014	00/00	00/00	00/00	00/00	00/00	0,0000	W/

RESUMO DE VENDAS				COMPRAÇÃO DE CONSUMO		
MES/ANO	VOLUME DE CALCULO	%	VALOR DO VOLUME	Preço médio de compra	Variação	Variação %
JAN18	00					
FEB18	00					
MAR18	00					
ABR18	00					
MAY18	00					
JUN18	00					
JUL18	00					
AGO18	00					
SETEMBRO18	00					
OCT18	00					
NOV18	00					
DEZ18	00					
JAN19	00					
FEB19	00					
MAR19	00					
ABR19	00					
MAY19	00					
JUN19	00					
JUL19	00					
AGO19	00					
SETEMBRO19	00					
OCT19	00					
NOV19	00					
DEZ19	00					
JAN20	00					
FEB20	00					
MAR20	00					
ABR20	00					
MAY20	00					
JUN20	00					
JUL20	00					
AGO20	00					
SETEMBRO20	00					
OCT20	00					
NOV20	00					
DEZ20	00					
JAN21	00					
FEB21	00					
MAR21	00					
ABR21	00					
MAY21	00					
JUN21	00					
JUL21	00					
AGO21	00					
SETEMBRO21	00					
OCT21	00					
NOV21	00					
DEZ21	00					
JAN22	00					
FEB22	00					
MAR22	00					
ABR22	00					
MAY22	00					
JUN22	00					
JUL22	00					
AGO22	00					
SETEMBRO22	00					
OCT22	00					
NOV22	00					
DEZ22	00					
JAN23	00					
FEB23	00					
MAR23	00					
ABR23	00					
MAY23	00					
JUN23	00					
JUL23	00					
AGO23	00					
SETEMBRO23	00					
OCT23	00					
NOV23	00					
DEZ23	00					
JAN24	00					
FEB24	00					
MAR24	00					
ABR24	00					
MAY24	00					
JUN24	00					
JUL24	00					
AGO24	00					
SETEMBRO24	00					
OCT24	00					
NOV24	00					
DEZ24	00					
JAN25	00					
FEB25	00					
MAR25	00					
ABR25	00					
MAY25	00					
JUN25	00					
JUL25	00					
AGO25	00					
SETEMBRO25	00					
OCT25	00					
NOV25	00					
DEZ25	00					
JAN26	00					
FEB26	00					
MAR26	00					
ABR26	00					
MAY26	00					
JUN26	00					
JUL26	00					
AGO26	00					
SETEMBRO26	00					
OCT26	00					
NOV26	00					
DEZ26	00					
JAN27	00					
FEB27	00					
MAR27	00					
ABR27	00					
MAY27	00					
JUN27	00					
JUL27	00					
AGO27	00					
SETEMBRO27	00					
OCT27	00					
NOV27	00					
DEZ27	00					
JAN28	00					
FEB28	00					
MAR28	00					
ABR28	00					
MAY28	00					
JUN28	00					
JUL28	00					
AGO28	00					
SETEMBRO28	00					
OCT28	00					
NOV28	00					
DEZ28	00					
JAN29	00					
FEB29	00					
MAR29	00					
ABR29	00					
MAY29	00					
JUN29	00					
JUL29	00					
AGO29	00					
SETEMBRO29	00					
OCT29	00					
NOV29	00					
DEZ29	00					
JAN30	00					
FEB30	00					
MAR30	00					
ABR30	00					
MAY30	00					
JUN30	00					
JUL30	00					
AGO30	00					
SETEMBRO30	00					
OCT30	00					
NOV30	00					
DEZ30	00					
JAN31	00					
FEB31	00					
MAR31	00					
ABR31	00					
MAY31	00					
JUN31	00					
JUL31	00					
AGO31	00					
SETEMBRO31	00					
OCT31	00					
NOV31	00					
DEZ31	00					

卷之三

Na figura 1 é possível ver o efeito de *Wattage*, *adversaries* e *series* sobre o *Costello's component quality*. O efeito de *Wattage* é significativo para todos os termos. Pode-se observar que 24 WATTAGE é a menor *Costello's component quality* entre as 112 amostras. O efeito de *adversaries* é significativo para *Costello's component quality* e *series*. Deve-se considerar que a menor *Costello's component quality* é desejável, visto que menor é melhor para a qualidade dos componentes. A menor *Costello's component quality* é obtida para a combinação de *adversaries* e *series* que é a menor (*adversaries* = 1, *series* = 1). No entanto, a menor *Costello's component quality* é obtida para a combinação de *adversaries* e *series* que é a maior (*adversaries* = 1, *series* = 2).

www.ijerph.com | ISSN: 1660-4601 | DOI: 10.3390/ijerph17030893

www.oriental.com
www.oriental.com/retailers/AMER
414-381-1122, 800-333-1122
888-1122, 800-333-1122, 800-
333-1122, 800-333-1122, 800-333-1122
www.oriental.com

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 FFEN 20°

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE SÁRIO, 333, BLOCO 0574
CEP: 50050-002
CNPJ: 15.332.832/0001-08
INSERÇÃO ESTADUAL: 0208843-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/92
COMMERCIAL 8880-000009 PROFISSIONAL 8880-000009
Prestamento ao deficitário existente ou de fato 8880-001-0042
Outorga 1000 202 1000
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 8880-727-0267-
Ligações Gráteis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 101-
Ligações Gráteis de telefones fixos e lanches
e colégios para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE: OZIEL MARIANO DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO: 02/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL: 31/12/2018	COTA CONTRATO: 0676751025
ENDEREÇO AV PROF ALFAHERON MAGALHÃES 473 -ILHA POPULAR/OLINDA -53230-010 OLINDA PE -	TOTAL A PAGAR: R\$ 106,42	DATA DA APRESENTAÇÃO: 21/12/2018	NÚMERO DA NOTA FISCAL: 043795037
PERÍODO CONSUMO: 21/11/2018 a 21/12/2018	CONSUMO: 130	VIA PARA PAGAMENTO	
ZOME - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 24,14			

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Declara que:

COTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
0676751025	12/2018	R\$ 106,42	02/01/2019	Evite dobrar e perfurar seu rascunho. Este carimbo será usado em leitora ótica.

838100000019 064200110000 676751025109 137262388630



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05.802.494/0001-41TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 18.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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

DADOS DO CLIENTE
OZIEL MARIANO DA SILVA
CPF: 358.300.264-62

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV PROF AGAMENON MAGALHAES 473
VILA POPULAR/OLINDA 53235-210 OLINDA PE

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

DATA DE VENCIMENTO 26/10/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/10/2018	CONTA CONTRATO 000676751025
TOTAL A PAGAR (R\$) 17,78	DATA DA APRESENTAÇÃO 20/10/2018	Nº DO CLIENTE 200032631
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 036181417	Nº DA INSTALAÇÃO 0002132736
CLASSIFICAÇÃO		
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO		
TA02.0FFE.0906.0B4B.4880.CA9B.8A20.6744		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.			
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,54114961	16,23				
Acréscimo Bandeira VERNELHA			1,55				
05.802.494/0001-41							
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA							
12 MAR 2019							
Rua da Aurora, N° 175, SC 902-BL C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE-PE							
TOTAL DA FATURA			17,78				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS	PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔTO		
0,00		0,00	17,78	0,64	0,11		
				17,78	2,98		
					0,52		

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO																																																
Consumo Ativo(kWh) 8.32155888	<table border="1"> <tr> <td>Mês</td> <td>01/2018</td> <td>Valor</td> <td>Mês</td> <td>01/2018</td> <td>Valor</td> </tr> <tr> <td>26/09/18</td> <td>00/10/18</td> <td>16,23</td> <td>27/09/18</td> <td>21/09/18</td> <td>16,23</td> </tr> <tr> <td>28/09/18</td> <td>15/10/18</td> <td>16,23</td> <td>27/09/18</td> <td>23/09/18</td> <td>16,23</td> </tr> </table>	Mês	01/2018	Valor	Mês	01/2018	Valor	26/09/18	00/10/18	16,23	27/09/18	21/09/18	16,23	28/09/18	15/10/18	16,23	27/09/18	23/09/18	16,23																														
Mês	01/2018	Valor	Mês	01/2018	Valor																																												
26/09/18	00/10/18	16,23	27/09/18	21/09/18	16,23																																												
28/09/18	15/10/18	16,23	27/09/18	23/09/18	16,23																																												
Faturado pelo mínimo da Isae - Custo de Disponibilidade, Artigo 38, Resolução ANEEL 414/2010.	<table border="1"> <tr> <td>Mês</td> <td>01/2018</td> <td>Valor</td> <td>Mês</td> <td>01/2018</td> <td>Valor</td> </tr> <tr> <td>OUT</td> <td>12</td> <td>32</td> <td>SET</td> <td>18</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>AGO</td> <td>18</td> <td>38</td> <td>JUL</td> <td>18</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>JUN</td> <td>12</td> <td>32</td> <td>MAR</td> <td>18</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>MAI</td> <td>18</td> <td>38</td> <td>FEV</td> <td>18</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>ABR</td> <td>18</td> <td>38</td> <td>JAN</td> <td>18</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>DEZ</td> <td>17</td> <td>38</td> <td>NOV</td> <td>17</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>OUT</td> <td>17</td> <td>38</td> <td colspan="2"></td><td></td></tr> </table>	Mês	01/2018	Valor	Mês	01/2018	Valor	OUT	12	32	SET	18	38	AGO	18	38	JUL	18	38	JUN	12	32	MAR	18	38	MAI	18	38	FEV	18	38	ABR	18	38	JAN	18	38	DEZ	17	38	NOV	17	42	OUT	17	38			
Mês	01/2018	Valor	Mês	01/2018	Valor																																												
OUT	12	32	SET	18	38																																												
AGO	18	38	JUL	18	38																																												
JUN	12	32	MAR	18	38																																												
MAI	18	38	FEV	18	38																																												
ABR	18	38	JAN	18	38																																												
DEZ	17	38	NOV	17	42																																												
OUT	17	38																																															

DÉMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUSÃO	ANTERIOR	ATUAL	W DIAS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO
		SATA	LEITURA				
039093881440751025	CAT	16/09/2018	2.264,00	20/10/2018	2.264,00	31	1.980,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/11/2018							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
Pague no ponto mais perto de você! As variações: Rua Rio Grande do Sul Jardim Brasil / nº 0508; Av. Joaquim Nabuco 338. Tabela completa em www.celpe.com.br .		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
No dia da leitura a bandeira em vigor é a VERNELHA. Mais informações em www.aneel.gov.br .		MÍNIMO	MÁXIMO
O cliente é compensado quando há violação na contabilidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.		220	202
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL). Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) + atualização monetária no próx. mês			
Isenção de ICMS conforme Art.3, XI,VIII, a, 2, I, do RCM-PE.			
O Cliente é compensado quando há descomprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.			
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.			

DETALHE AQUI			
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VERGIMENTO
000676751025	10/2018	17,78	26/10/2018
TALÃO DE PAGAMENTO			

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

838700000001 177800110000 676751025109 131445602232



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 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | 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/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 RESSSEGURADO. 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 ALCIONE GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664-58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FABIANO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 023.076.114-36,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FABIANO GOMES DA SILVA,

inscrito (a) no CPF sob o N° 023.076.114-36, conforme determinação da Circular Sosep 445/12:

Declaro Profissão: RECUZA - m/c Renda: RECUZA - m/c 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 à cópia do comprovante de residência o endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>NV. PROF. AGAMENON MAGALHÃES</u>	Número:	<u>473</u>	Complemento:
Bairro:	<u>VILA POPULAR</u>	Cidade:	<u>OLINDA</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>53.230-010</u> Tel.(DDD): <u>(81) 9.8488-7131</u>

Local e Data: OLINDA, 12 DE JANEIRO DE 2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2019

Assinatura do Declarante

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC.
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 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 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidoria: 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=L&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 RESSEGUERO. 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 633/98.

Pelo exposto, eu Heilone Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 , 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário.

Fabiano Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.076.114 , 36,

do sinistro de DPVAT cobertura INVOLUN da Vítima Fabiano Gomes da Silva,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.076.114 , 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECLUSA-ME Renda: RECLUSA-ME e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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>Nº. Prof. Almir Gomes MAGALHÃES</u>	Número:	<u>473</u>	Complemento:
Bairro:	<u>VILA POPULAR</u>	Cidade:	<u>OLIMPA</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>53.230-050</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(81) 9.8488-7171</u>

Local e Data: OLIMPA, 01 DE MARÇO DE 2019

Heilone Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 MAR 2019

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



FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1058082/2018.

NOME: FABIANO GOMES DA SILVA.

Foi atendido às 19h19 do dia 25.11.2018.

Diagnóstico provável: fractura exposta de esôfago
de reto e

(cuidado ao transportar)

Tratamento realizado: clínica + H2 blocker de
fractura exposta de esôfago de reto e
(25/11, 28/11).

Rx noca, bromzepto, tifloca, Rx valer
ecos lab.

Obs. alta com labor a 30/11/18

As informações confidais neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 05/02/19.

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-64002.494/0001-4
Fones: 31815451/31815572

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. 7
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: FABIANO GOMES DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1041014	ATENDIMENTO: 01058372
DATA DE NASCIMENTO: 12/10/1978	FOI ATENDIDO EM: 25/11/2018 Às	
DATA DA ALTA: 30/11/2018 ÀS 14:09		

Diagnóstico Provável:

1- FRATURA EXPOSTA DE Perna Esquerda

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PERNA ESQUERDA.

Observação:

- 1- ALTA DA ORTOPEDIA
- 2- RETORNO AMBULATORIAL AGENDADO
- 3- ANTIBIOTICOTERAPIA POR 15 DIAS
- 4- AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES POR 30 DIAS
- 5- RETORNO À EMERGÊNCIA EM CASO DE INTERCORRÊNCIA RELACIONADAS AO PRESENTE INTERNAMENTO
- 6- FISIOTERAPIA MOTORA (20 SESSÕES)
- 7- USAR ANTICOAGULANTE ORAL CONFORME ORIENTAÇÃO
- 8- CURATIVO DIÁRIO

Encaminhado para:

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA COM DR. GUSTAVO TORRES EM 3 SEMANAS

SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO - CRM: N°.26524

Recife, 30, NOVEMBRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista, CEP 50.060-010

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones (0XX81 - 3181-5400)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1058082/2018.

NOME: FABIANO GOMES DA SILVA.

Foi atendido às 19h19 do dia 25.11.2018.

Diagnóstico provável: Fratura exposta de ossos de
perne esquerda

(Acidente automobilístico)

Tratamento realizado:

Trat. cirúrgico de fratura exposta
de ossos de perne esquerda em 25/11/18
Retirada de fixador externo + Trat.
cicatrização de frat. exposta de ossos
de perne esquerda em 28.11.2018

Obs. Exame complementares
fizt de exame de laudo
acta em 30.11.2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário
Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 20.02.2019

Franklin
SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin
Assessoria Jurídica

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: ISSUE EMPRESAS
ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL, TRAÇÃO CORRETORA

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040 DE SEGUROS LTDA
Fones: 31815451/31815572

-2 F ARR 7019

Rua da Aurora, 10 175, 51.902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

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



NOME

FABIANO GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISOR / UF

4947993 SDS PE

CPF

023.076.114-36

DATA NASCIMENTO

12/10/1978

FILIAÇÃO

MANOEL GOMES BEZERRA

LUIZA FARIA DA SILVA

PERMISSÃO

00000000000000000000

ACO

000000000000

CAT. HAB.
AD

VALIDADE

29/08/2023

1^ª HABILITAÇÃO
13/01/2006

Nº REGISTRO

03766430438

OBSERVAÇÕES

CEP/CNP

EAR

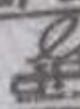
Fabiano Gomes da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO

30/08/2018



Charles Andrews Souza Ribeiro
Presidente

ASSINATURA DO EMISOR

45258159911
PEB97277875

PERNAMBUCO

05.802-004/2001-44
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2019

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

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1680145987

PROIBIDO PLASTIFICAR
1680145987

W. G. M.



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
VALOR ESTIMADO	18/06/2011
5.633,938	
<< ALCIONE GOMES DA SILVA >>	
<< ARNOBIO BATISTA DA SILVA >>	
<< VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>	
SUSPENSÃO	
RECIFE - PE	18/10/1979
DOC. ESTADUAL	
<< 074526 01 55 2003 2 03052 212-	
0030290 72 QLJLPAPE >>	
028.456.664-581	
RISPP-SEB-15388345-6	
LEI Nº 7.100 DE 09/06/93	
-44- 46.673 - 4631	

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, N° 175, S/N 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE