

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura abrasão exposta de calcâneo esquerdo

Descrição do exame físico: Vítima com mobilidade e força preservados do pé esquerdo, sem alteração da marcha, presença de cicatriz em calcâneo sem hipertrofia ou retração.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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

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

1. Outorgante Geovane dos Santos Silva

portador(a) do documento de identidade nº 8.785.053 expedido por SAS/PE em

16/06/2009 inscrito no CPF sob o nº 109.270.254-77 residente na

Sítio Aroeiras nº S/Nº

complemento Casa Bairro Zona Rural cidade

Bom Jardim Estado PE

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115 expedido por SAS/PE em

06/12/2011 inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51 residente na

Rua da Alegria nº 317

complemento casa Bairro Centro cidade

Limoeiro Estado PE

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

Bom Jardim, 13 de agosto de 2018

Outorgante Geovane dos Santos Silva

Cartório



Cartório Sérgio Vasconcelos

Rua Oliveira Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55730-000
Tel (51) 3638-8810

Reconheço por Autenticidade a firma de **GEOVANE DOS SANTOS SILVA**, Bom Jardim, 13 de agosto de 2018. Em test*
da verdade, **JOSÉ CARLOS DA SILVA BEZERRA**, ESCRIVÃO AUTORIZADO Emol.: R\$ 3,39 - FERC: R\$ 0,40
- TSNR: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,59 Selo:
0077586.BM05201801.02187 Consulte autenticidade em

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2014

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159007/19

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

CPF: 109.270.254-77

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: GEOVANE DOS SANTOS 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

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA : 109.270.254-77

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: 13/05/2019
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO ESQUERDO.
EXTENSO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO ESQUERDO.
EXTENSO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 3.
@10 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426787/18

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

CPF: 109.270.254-77

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: GEOVANE DOS SANTOS 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

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA : 109.270.254-77

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: 26/11/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura abrasão exposta de calcâneo esquerdo

Descrição do exame físico: Vítima com mobilidade e força preservados do pé esquerdo, sem alteração da marcha, presença de cicatriz em calcâneo sem hipertrofia ou retração.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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



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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190319443 **Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: 24/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01087/01088 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14321276

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190319443**

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEOVANE DOS SANTOS SILVA

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



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319443

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANE DOS SANTOS 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 109.270.254-77 Nome completo da vítima: Geovane dos Santos Silva
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2002
 Nome completo: Geovane dos Santos Silva CPF: 109.270.254-77
 Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Carolina Município: 460 Complemento: Casa
 Bairro: Zona Rural Cidade: Boa Vista Estado: PE CEP: 55.730-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): 99938 8886 (87)

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
 RENDITA 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Banco do Brasil
 AGÊNCIA: 1650 CONTA: 28.755 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, na minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e ratando, 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 (assinale 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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
 Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civ) ☐ 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 parentes vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou parentes vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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: Boa Vista - PE, 09/05/2019 TESTEMUNHAS
 Nome: _____ 1ª Nome: _____
 CPF: _____ CPF: _____
 Assinatura: _____ Assinatura: _____
 (Assinatura de quem assina A ROGO)
Geovane dos Santos Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

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

19/10/2018 - BANCO DO BRASIL S.A.
0165874471 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.00.13

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1658-0 CONTA: 28.755-5
CLIENTE: GEDVANE DOS SANTOS SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
28/09/2018		
Saldo Anterior		0,01C
NÃO HA LANÇAMENTOS		

Saldo	0,01C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	01/11/2018
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/11/2018

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.

OBSERVAÇÕES:

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.080-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002472**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2018 às 15:55**

Complementa o BO Número: **18E0206001332**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/6/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, 1, PERTO DA ENTRADA DA PISCINA DE DEDE - Bairro: UMARI - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GENILSON FILHO DE GENILDO (AUTOR/AGENTE)
KATIA SOUZA DE ANDRADE (OUTRO)
MICHELE MARTINS DA SILVA (OUTRO)
GEOVANE DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)
JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO (VÍTIMA)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BIC, E
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): **GENILSON FILHO DE GENILDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO**

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA Data de Nascimento: **30/1/1992** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 144, SÍTIO AROEIRA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE A FAZENDA DE ABELARDO**

JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ANA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: **10/6/1979** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

GENILSON FILHO DE GENILDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DECONHECIDO Data de Nascimento: **1/1/2001** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

KATIA SOUZA DE ANDRADE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: **1/1/2000** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MICHELE MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ILZA MARTINS DE

ANDRADE SILVA Data de Nascimento: **11/4/1983** Naturalidade: **CUBATAO / SAO PAULO / BRASIL**

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

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KATIA SOUZA DE ANDRADE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENILSON FILHO DE GENILDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MICHELE MARTINS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE PLANTÃO O SENHOR JOSÉ INÁCIO DA SILVA, CONHECIDO POR GENILDO, PARA RELATAR QUE NA MADRUGADA DE HOJE, POR VOLTA DE 01:00H, SEU FILHO GEOVANE, QUE ESTAVA DE CARONA (GARUPA) NA MOTO CONDUZIDA PELO SENHOR JOSÉ AMAVEL, SOFREU UMA COLISÃO NA PE-90 COM UM CARRO QUE VINHA NA CONTRAMÃO, CONDUZIDO PELO SENHOR GENILSON, NO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, VINDO O CARRO NO SENTIDO BOM JARDIM - SURUBIM, E A MOTO NO SENTIDO CONTRÁRIO. TANTO GEOVANE QUANTO JOSÉ ESTAVAM NA MOTO QUANDO FORAM ATINGIDOS PELO CARRO, QUE FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO. TESTEMUNHAS DO FATO AFIRMAM QUE A PLACA DO CARRO É KHQ4613, UM FIAT BRANCO. AS DUAS VÍTIMAS FICARAM GRAVEMENTE FERIDAS E ESTÃO HOSPITALIZADAS. O SENHOR GEOVANE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU DE JOÃO ALFREDO E LEVADO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, SENDO DE LÁ ENCAMINHADO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EM RECIFE. QUE JOSÉ AMAVEL FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU DE BOM JARDIM E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, SENDO APÓS REMOVIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS.

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA

(VITIMA) *Geovane dos Santos Silva*

B.O. registrado por: **NATHÁLIA VASCONCELOS PASSOS** - Matrícula: **387488-5**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORNETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2014

Rua da Aurora, Nº 175, SL 302 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206001332**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/06/2018** às **18:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/6/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, 1, PERTO DA ENTRADA DA PISCINA DE DEDE - Bairro: UMARI - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA (AUTOR / AGENTE)
GEOVANE DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)
JOSE AMAVEL BARBOSA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTORISTA**

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA** Data de Nascimento: **30/1/1992** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 144, SÍTIO AROEIRA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE A FAZENDA DE ABELARDO**

MOTORISTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE AMAVEL BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ANA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **10/8/1979** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CARRO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTORISTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTORISTA**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

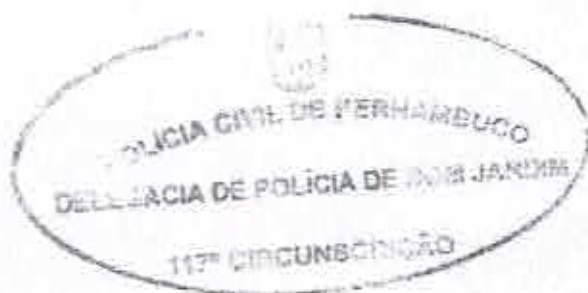
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE PLANTÃO O SENHOR JOSÉ INÁCIO DA SILVA, CONHECIDO POR GENILDO, PARA RELATAR QUE NA MADRUGADA DE HOJE, POR VOLTA DE 01:00H, SEU FILHO GEOVANE,

QUE ESTAVA DE CARONA NA MOTO DO SENHOR JOSÉ, FOI ATROPELADO NA PE-80 POR UM CARRO QUE VINHA NA CONTRAMÃO, NO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM. TANTO GEOVANE QUANTO JOSÉ ESTAVAM NA MOTO QUANDO FORAM ATINGIDOS PELO CARRO, QUE FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO. TESTEMUNHAS DO FATO AFIRMAM QUE A PLACA DO CARRO É KHQ4813, UM FIAT BRANCO. AS DUAS VÍTIMAS FICARAM GRAVEMENTE FERIDAS E ESTÃO HOSPITALIZADAS.

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

B.O. registrado por: **NATHÁLIA VASCONCELOS PASSOS** - Matrícula: **387488-5**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou AEL: _____ CPF da vítima: 109.270.254-77 Nome completo da vítima: Geovane dos Santos Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 408/2012

Nome completo: Geovane dos Santos Silva CPF: 109.270.254-77

Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Arrolino Número: 460 Complemento: Casa

Bairro: Zona Rural Cidade: Bom Jardim Estado: PE CEP: 55.730-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 99938 8886 (81)

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

RENTA 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 OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Timorco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 1650 CONTA: 28.755

(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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 filhos menores? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos maiores? ☐ 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 295 do Código Penal.

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: Bom Jardim, PE, 09/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geovane dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: 05.802.894/0001-41

Assinatura: _____

2ª Nome: TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

CPF: 07.311.2019

Assinatura: _____

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Rio Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 022322

Prontuário: 00056181-9

Nome: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Endereço: SÍTIO. ARGEIRA

Cidade: BOM JARDIM/PE

Documento:

Mãe: ROSELIA MARIA DOS SANTOS SILVA

Profissão:

CEP:

CNS: 707700661421010

Idade: 26 ANOS, 4 MESES E 25 DIAS

Data de nascimento: 30/01/1992

Sexo: M

Bairro:

NAC: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Responsável: JOÃO DOS SANTOS (IRMÃO

Pai:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
24/06/2018 01:55	0223229	QUEDA DE MOTO (MOTO E CARRO)

PRÉ-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	TEMPERATURA	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

acidente de moto com
fratura de perna esquerda

Tratamento

- Trauma 1 no + veia 84517
8

Dr. Parcelino Menezes
Médico
CREMEPE 23598

Gelebas 8456421

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

☐ CURATIVO

ADM MEDICAMENTO:

☐ NEBULIZAÇÃO☐ BÁSICO ☐ ESP☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COHEN

Consultas / Atendimento Médico:

☐ urgência básica☐ urgência especializada☐ observação básica☐ observação especializada

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

as ____ h ____ m do dia

as ____ h ____ m do dia

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Domingo, 24 de Junho de 2018 às 01:55

05.802.494/0001-11
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LIDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, IV 175, SL 902 BL 2
Rosa Vista - CEP- 50.090-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Geovane dos Santos Silva

RG nº 8.785.053, data de expedição 16/06/2009 Órgão SDS-PE

CPF nº 109.270.254-77 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Sítio Araçuaia</u>
Número	<u>460</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Barra Garças</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barra Garças - PE, 09/05/2019.

Assinatura do Declarante: Geovane dos Santos Silva

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 13 MAI 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 RL. C
 Boa Vista - CEP- 50.060-010
 RECIFE-PE



ST. LOUIS, MO. (AP) —

ZONA RURAL, BOM JARDIM/MS, JARDIM H
BOM JARDIM FE
55730-000

CODICE SCARICATO	03/2019
1725708013	
DATA DI VERIFICA	03/04/2019
28/03/2019	
TOTALE A PAGARE (€)	35,71

IN CL. INTER. FISCAL 001754000	RECEITA LÍQUIDA	CONTAS PATRIMONIAIS
ADMINISTRAÇÃO PATRIMONIAL	RECEITA CORRENTE PATRIMONIAL	RECEITA PATRIMONIAL PATRIMONIAL

	QUANTIDADE	PREÇO UN	TOTAL (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,19639510	5,89
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00070000	0,32046616	22,43
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	1,00000000	0,46900077	0,46
Credito Sum. Fábica Municipal			6,25
Contribuição CERCAL - (081) 3534-1038			7,00

25.71

WFO	TIPO GA	ANTERIOR		ACTUAL		WFO	CONTINUA	ACRRE	CONSUMO BUNA
ANEXO	PARCISO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA			
702049	2x1	04-03-2013	15-170-03	07-03-2013	18-171-03	07	(2000)		101,20

[illegible]

1. **Priglasenie na posredovanje** predlozi predstavljajo priložnost za razpravo in razreševanje sporov, ki nastanejo med poslovnimi subjektmi, ki imajo poslovne odnose med seboj. Posredovanje je postopek, pri katerem tretja oseba, ki ni stranka v sporu, posreduje pri razreševanju sporov. Posredovanje je postopek, pri katerem tretja oseba, ki ni stranka v sporu, posreduje pri razreševanju sporov. Posredovanje je postopek, pri katerem tretja oseba, ki ni stranka v sporu, posreduje pri razreševanju sporov.

071-367228515-1

13 VIA

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Gerane da Silva Coutinho inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794/51,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gerane da Silva Coutinho
(a) no CPF sob o Nº 109.270.254/77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima
Gerane da Silva Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.270.254/77, 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		Número	Complemento
Rua da Alegria		317	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Limoeiro	PE	55.700-000
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			99938-8886 (87)

Limoeiro, PE, 09 de Maio de 2019
Local e Data

Gerane da Silva Coutinho
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-43
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Michelle Martins da Silva,

RG nº 42.417.380-9, data de expedição 10/03/2004

Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 321.157.138-85, com

domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de

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

Sítio Aroeiras, nº S/Nº,

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

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

vítima Geovane dos Santos Silva, cujo o condutor era

Jose Amavel Barbosa Filho

Veículo: motocicleta Honda CG 125 Titan KS

Modelo: 2004

Ano: 2003

Placa: KKT-4029

Chassi: 9C2JC30104R023789

Data do Acidente: 24/08/2018

Local e Data: Bom Jardim, 13 de agosto de 2018

Michelle Martins da Silva
Assinatura do Declarante

JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO

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



Cartório Sérgio Vasconcelos

Sérgio Ricardo Vasconcelos - TABELÃO

Rua Cassiano Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55750-000
Tel (071) 3628-1810

Reconheço por Autenticidade a firma de MICHELLE MARTINS DA SILVA, Bom Jardim, 15 de agosto de 2018. Em test.

da verdade, JOS CARLOS DA SILVA

BEZERRA, ESBOÇANTE AUTORIZADO Emol.: R\$ 3,37 - FERC: R\$ 0,40
- TSMR: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79 Selo:

0077586-SGX05201801.02258 Consulte autenticidade em



Cartório Sérgio Vasconcelos

Sérgio Ricardo Vasconcelos - TABELÃO

Rua Cassiano Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55750-000
Tel (071) 3628-1810

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO, Bom Jardim, 28 de setembro de 2018. Em test.

da verdade, JOS LUIZ BEZERRA

SUBSTITUTO Emol.: R\$ 3,37 - FERC: R\$ 0,40 - TSMR: R\$ 0,80 -
Total: R\$ 4,79 Selo: 0077586-SGX05201801.03104 Consulte

autenticidade em www.tjpe.jus.br/webosigpet

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-070
RECIFE-PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 022322

Prontuário: 00056181-9

Nome: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Endereço: SÍTIO, AROEIRA

Cidade: BOM JARDIM/PE

Documento:

Mãe: ROSELIA MARIA DOS SANTOS SILVA

Profissão:

CEP:

CNS: 707700661421010

Idade: 26 ANOS, 4 MESES E 25 DIAS

Data de nascimento: 30/01/1992

Sexo: M

Bairro:

NAC: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Responsável: JOÃO DOS SANTOS (IRMÃO)

Pai:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
24/06/2018 01:55	0223229	QUEDA DE MOTO (MOTO E CARRO)

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	TEMPERATURA	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

acidente de moto com
fratura de perna esquerda

Tratamento

- Trauma 1.08 + curaf 84517

Dr. Parcelino Menezes
Médico
CREMEPE 23598

Gelulho 8454421

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

as ____ h ____ m do dia

as ____ h ____ m do dia

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Domingo, 24 de Junho de 2018 às 01:55

☐ CURATIVO☐ NEBULIZAÇÃO

ADM MEDICAMENTO:

☐ BÁSICO ☐ ESP☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

Consultas / Atendimento Médico:

☐ urgência básica ☐ urgência especializada☐ observação básica ☐ observação especializada

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 597357

1.1 - Atendimentos em: 24/06/18

1.2 - Às 04 horas e 40 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1089373

2.1 - Internado em: 24/06/18

2.2 - Alta em: 26/06/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA ABRASÃO EXPOSTA DE CALCANEÓ + EXTENSO
PERICUTÂNEO EM REGIÃO POSTERIOR DO CALCANEÓ DE PÉ ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 24/06/18; LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + SUTURA +
CURATIVO COMPRESSIVO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 13.9.2018

HORA: 15:23:38

PASTA: 01.09.2018

JGAS

RS

Jéssica Guído de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167
Dra. Jéssica Guído.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
**HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS**



Secretaria Estadual de Saúde - HGV

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME: GEOVANE DOS SANTOS SILVA REGISTRO: 1089373

Data da operação: 24/06/18

Operador: DR. ROMERO MENDES

1º auxiliar: DR. HEBERT VARELA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA ABRASÃO EXPOSTA DE CALCANEAO + EXTENSO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO CALCANEAO DE PÉ ESQUERDO

Tipo de operação: LMC + SUTURA + CURATIVO COMPRESSIVO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito ventral sob anestesia
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Observado extenso ferimento, de aproximadamente 10 cm, em região posterior do pé esquerdo. Ausência de lesão de tendão ao exame físico.
- 5) Realizado desbridamento de bordas.
- 6) Realizada lavagem copiosa com SF 0,9%;
- 7) Sutura com Nylon 2-0;
- 8) Curativo estéril compressivo
- 10) Boa perfusão distal após o procedimento.

Dr. Hebert Varela
Médico
CRMPE 26432

05.802-494/0001-41
TRACÇÃO CORRRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51 902 III
Boa Vista - CEP: 51.040-010
RECIFE-PE



Governo Municipal
JOÃO ALFREDO
JUNTOS CONSTRUÍMOS MAIS

PREFEITURA DE JOÃO ALFREDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

UNIDADE DE DESTINO:

Hospital Celso Vargas

DADOS DO PACIENTE

NOME: Geovane dos Santos

CPF

IDENTIDADE

DATA NASCIM.

SEXO

FEM ☐ MASC ☒

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vitima de trauma Caerda Fe
de moto), com fratura aberta em peroneo
esquerdo. Paciente estável hemodinamicamente
PA: 120 x 80 mmHg, consciente, olhos fundos
glauco de 5.

CONDUTA INICIAL:

13/01/20

EXAMES REALIZADOS:

Sonho: 51.9.421

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

fratura de peroneo esquerdo

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

Dr. Parcelino Meneses
Médico

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME Geovane dos Santos Silva			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO:	
ORTOPEDIA	SR	32	1089373	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: Tratamento Cirúrgico (Limpeza Cirúrgica + Sutura)				
DATA DA INTERNAÇÃO:	DATA DA ALTA:	DIAS DE INTERNAÇÃO:		
24/06/18	26/06/18	02		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:	CID:	CARIMBO/RECEITUÁRIO		
0415030013	0415040035	S92.8		
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	Dr Romero Mendes		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr Hebert Varela		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO, (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com fratura exposta do calcâneo esquerdo, submetido a limpeza cirúrgica + curativo.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA				
ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA				
BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA		ÓBITO		
CURADO _____ MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA _____		IML _____ SVO _____ BO _____		
OUTROS:				
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO				
Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia				
DATA:				
26/06/18				

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETIVA
DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2018

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

Alto

Geovane dos Santos Silva
Médico Responsável



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU
Secretaria de Saúde de João Alfredo
Rua treze de maio, João Alfredo-PE.
CEP: 55.720.000



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que GEOVANE DOS SANTOS SILVA, fez uso dos serviços desta instituição, ocorrência nº 493566, na data de 24/06/2018, na condição de paciente vítima de queda de moto, sendo o mesmo passageiro, apresentando escoriações e fratura exposta de tornozelo esquerdo. O mesmo foi direcionado pela central de regulação e conduzido em nossa USB para a Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti.

COORDENADOR DO SAMU
Enf^{ro}. André Luís Aguiar de Lima
COREN: 203068-PE

João Alfredo, 24 de abril de 2018.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGENCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial: *Fratura exposta TNZ (E)*

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados *① Gafantina 1g - 2FA + SF 0,9% IV agora*

Resultado de Exames: *② SAT 5000UI IM agora* Código Procedimento: *04.20*

③ VAT 0,5ml IM agora

④ Rx TNZ - Para Gx Ass. Médico + Carimbo

⑤ Ao bloco cirúrgico Código Procedimento: *04.20*

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo: *Fratura exposta*

Evolução de Enfermagem: *Ass. Médico + Carimbo*

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

☐ Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadir-se ☐ Curado ☐ Melh ☐ Inalterado ☐ Pior ☐ Óbito

Assist. Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐ Assist. Social

Observações:

Assist. Social

Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

Assist. Social

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Assist. Social

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Assist. Social

Cadastramento: 24/06/2018 04:40 h SEPHORAF impressão: 24/06/2018 04:40 h SEPHORA

Assist. Social

04:20: Aguarda Marca para fazer paciente

ao bloco cirúrgico.

Assist. Social

Assist. Social

Assist. Social

Assist. Social

Assist. Social

Assist. Social

Assist. Social

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGENCIA



ATENDIMENTO: 597357

Prontuário: 1089373

Nome: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data Nasc.: 30/01/1992

Idade: 26

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 10927025477

RG: 8785053

CNS: 707700661421010

Endereço: SÍTIO ARDEIRA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BOM JARDIM

Nº: 144

Estado: PE

CEP: 55730000

Fone: 97837223

Profissão:

Nome da Mãe: ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA

Companheiro: JOÃO DOS SANTOS (IRMAO)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: SÍTIO ARDEIRA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Corrência: N. SENHA: 8154421 - HOSPITAL MUNICIPAL DE BOM JARDIM - PACIENTE REFERE TRAUMA EM TORNOZELO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

RAÇA: BRANCA

Principais HDA: *Patente de acidente motor de dois eixos com uma mão na barra de direção*

Lista:

Perda da Consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: ☐ Tipo: ☐ Motorista ☐ Passageiro ☐
Colisão: Sim ☒ Não ☐ Tipo: ☐ Local de Impacto: ☐ Sufre Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Transporte Realizado por: ☐
Vitima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Por: ☐ Por que: ☐
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐
Observações:

Exame Físico:

A: Geral: Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp: ☐

Ceo, consciente, orientado

B: Respiratório

Pupila, respondendo em ambiente

C: Circulatório

PA: *x* mmHg Pulso: *80* bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular: *4* Glasgow: Resposta Verbal: *5* Glasgow: Resposta Motora: *6*
Escore: *4* Hora: *5* Escore: *6* Hora: *6*

ECG - 15

TRACADO DE SINAIS DE SÓDIO

13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 125 - S/Nº 125 - Boa Vista - CEP: 55730-000 - RECIFE - PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Geovane dos Santos Silva			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 32	Nº DO REGISTRO: 1089373	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: Tratamento Cirúrgico (Limpeza Cirúrgica + Sutura)				
DATA DA INTERNAÇÃO: 24/06/18		DATA DA ALTA: 26/06/18		DIAS DE INTERNAÇÃO: 02
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO			CID S92.9	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	Dr Romero Mendes		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	Dr Hebert Varela		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com fratura exposta de calcâneo esquerdo, submetido a limpeza cirúrgica + curativo.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA				
ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA				
BEG, orientado, corado, eupneico. com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA			ÓBITO	
CURADO _____ MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA _____			IML _____ SVO _____ BO: _____	
OUTROS:				
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO				
Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia				
DATA: 26/06/18				

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

13 MAI 2019

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

Getúlio de Aguiar Silva
Médico Responsável

DR. JOÃO LUIZ

ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA | CRM 12035

Laudo Médico

A respeito da Geovane dos Santos Silva

(RG 8 785 053 SDS-PE) vítima de acidente motociclístico em 24/06/2018, sofreu fratura exposta do calcâneo (E) (C17 S92.0) + Lesão extensa de partes moles no tornozelo (E) (C17 S91.3). Realizou internamento cirúrgico (Limpeza cirúrgica + reparo de partes moles). Apresenta-se com debilidade funcional do MIE em 40% (por diminuição de força e da ADM). Alta médica definitiva.

C271119-PE

15/04/2019

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

RECIFE-PE

Dr. João Luiz da Rocha
Ortodontia e Traumatologia
CRM - 12035

ROCHA0005@GMAIL.COM | DR. JOÃO LUIZ DA ROCHA CRM 12035 (01) 99987-1294

CÓDIGO DE CONTROLE
D896.08BF.2EB9.AF6A

A autenticidade deste comprovante deverá
 ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 08:58:50 do dia 20/01/2013 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome
GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Número
109.270.254-77

Nascimento
30/01/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DA FAZENDA
RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF
8.785.053

Data de Nascimento
16/06/2009

Nome
GEOVANE DOS SANTOS SILVA >>

Nome do Pai
JOSE INACIO DA SILVA >>

Nome da Mãe
ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA >>

Local de Nascimento
SUPERM - PE

Data de Emissão
30/01/1992

Código de Verificação
00000000 << CN.18880 L.A15.F.233 CART.SIDE

CPF
BOM JARDIM-PE/20.12.1993 >>

CPF
109.270.254-77

05.802.494/0001-11
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DA FAZENDA
RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF
8.785.053

Data de Nascimento
16/06/2009

Nome
GEOVANE DOS SANTOS SILVA >>

Nome do Pai
JOSE INACIO DA SILVA >>

Nome da Mãe
ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA >>

Local de Nascimento
SUPERM - PE

Data de Emissão
30/01/1992

Código de Verificação
00000000 << CN.18880 L.A15.F.233 CART.SIDE

CPF
BOM JARDIM-PE/20.12.1993 >>

CPF
109.270.254-77

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

GEANE DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 039.642.794-31 DATA DE NASCIMENTO: 18/04/1976

PLACAS: 0000000000

GERALDO FREITAS DA SILVA
 DORVALTEA MARIA DA SILVA

SEX: F AL: 1,60 PES: 60

DATA DE EMISSÃO: 29/04/2021 DATA DE VALIDADE: 05/11/2030

VALIDA EM TODAS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1224143342

VALIDA EM TODAS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1224143342

DETRAN - PE (FURNABUCO)

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

1-3 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

«Аналогичная ситуация сложилась и в отношении «Анатолийского завода».

PE № 013222627907

RECOLUMBIA UNIVERSITY DA SILVA

CAMP, BOB JENNIFER-2X

PRINCE WILLIAM, THE DUKE OF CAMBRIDGE, AND CATHARINE, THE DUCHESS OF CAMBRIDGE, VISIT THE BRITISH ARMY IN AFGHANISTAN.

...and the ...

11/25/2009

2017 11/03/17

GINSOJUTRA

2403

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

10-10-10

10

香江海味酒樓

STUDY COURSE

100

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

FROM CHAIRMAN

11/03/17

Дизайнер: Ирина Шадрина/ИРИ

55730-000

CANA DON JUANITO-218

FROM THE OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL
STATE OF NEW YORK
ALBANY, N. Y.

© 2004 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

2017 22/03/2017

921.157.139-93

158125-410-225

—

20

2025. 11. 11. 11:11:11

2003

69

5020251010480023904

—U.S. Census Bureau



100

☐ Other is/are:

www.pearsoned.com.au

1910-1911

INSTRUMENTO A GUITARRA O BELLARME DE VAIN
 TUBO LARGO E TUBO CURVO OBTIGUO.

05.802.494/000

DE SEGUROS ITDA

13 May 2009

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 60.000-000

RECIFE-PE

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS