
Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **BARTOLOMEU LEITE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180213469**

Vitima: **BARTOLOMEU LEITE DA SILVA**

Data do Acidente: **27/07/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180213469**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **BARTOLOMEU LEITE DA SILVA**

Sinistro: **3180213469**

Vítima: **BARTOLOMEU LEITE DA SILVA**

Data do Acidente: **27/07/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180213469** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Carta n°: 12922338

A/C: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180213469
Vitima: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA
Data do Acidente: 27/07/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000008260

Conta: 0000009985-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



000147

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

Preenchido por: **Caruaru** - PE
LÍDER DAS CONSÓRCIOS

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Bartolomeu Vieira da Silva,

POR(DA) DO RG N° 1.293.711 EXPEDIDO POR SSP / PE EM 1/1/14 E
 CPF 9265059514-34 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Revisor - De-
E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Bartolomeu Vieira da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca de profissão e faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA CORRETORA DE SEGUROS LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura da conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

03 JAN. 2017

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Caruaru _____ de setembro de 2016 Bartolomeu Vieira da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguros prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bartolomeu Leite da Silva,

RG nº 1.293.711, data de expedição 1/1, Órgão SSPIPE,

CPF nº 126.505.954-34, 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/Praça)	<u>Av. Sta Maria Boa Vista</u>
Número	<u>60</u>
Apto / Complemento	<u>AP - 0001</u>
Bairro	<u>Jardim Panorama</u>
Cidade	<u>Laranjeiras</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55000 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(081) 9.9101-0373 / 9.9173-5001 / 3137-1085</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Laranjeiras 23 de setembro de 2016.

Assinatura do Declarante: Juraci Leite.

0002.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC
Boca Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

125505954-34 | *Bortolomeu Leite de Silve*
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<i>Bortolomeu Leite de Silve</i>	126.505.954-34	<i>Desenhista</i>
Endereço	Número	Complemento
<i>Av. STº Horio Box 617c</i>	<i>60</i>	<i>Hp - 0001</i>
Bairro	Cidade	CEP
<i>Sorocim</i>	<i>Conceição</i>	<i>85.000.000</i>
Email	Telefone (DDD)	
	<i>(81) 3721-1221</i>	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. *8960* D/V *09985* CONTA NRO. *09985* D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Conceição de maio de 2018
Local e Data

Bortolomeu Leite de Silve
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Bortolomeu Leite de Silve
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECIFE
10 MAI 2018

Agência/Conta:8260/09905-1
 BARTOLOMEU LEITE DA SILVA
 CPF: 126.505.954-34

Tipo:Conjunta

DATA	HISTÓRICO	VALOR		
		COD.LOTE.FECH	ORIG	DTVAL AUT CARTÃO
08/01	SALDO ANTERIOR			30,72
29/01	JUROS -ANIV.27	74.09016.1	27/01	0,02
29/01	S A L D O	74.09016.1		30,74
05/02	JUROS -ANIV.03	74.09016.1	03/02	0,11
05/02	JUROS -ANIV.05	74.09020.1	05/02	0,01
05/02	S A L D O	74.09020.1		30,86
07/02	JUROS -ANIV.07	74.09018.1	07/02	0,01
07/02	S A L D O	74.09018.1		30,87
27/02	JUROS -ANIV.27	74.09026.1	27/02	0,02
27/02	S A L D O	74.09026.1		30,89
05/03	JUROS -ANIV.03	74.09021.1	03/03	0,11
05/03	JUROS -ANIV.05	74.09025.1	05/03	0,01
05/03	S A L D O	74.09025.1		31,01
07/03	JUROS -ANIV.07	74.09037.1	07/03	0,01
07/03	S A L D O	74.09037.1		31,02
27/03	JUROS -ANIV.27	74.09017.1	27/03	0,02
27/03	S A L D O	74.09017.1		31,04
03/04	JUROS -ANIV.03	74.09019.1	03/04	0,11
03/04	S A L D O	74.09019.1		31,15
05/04	JUROS -ANIV.05	74.09018.1	05/04	0,01
05/04	S A L D O	74.09018.1		31,16
09/04	JUROS -ANIV.07	74.09018.1	07/04	0,01
09/04	S A L D O	74.09018.1		31,17
27/04	JUROS -ANIV.27	74.0901.1	27/04	0,02
27/04	DEPOSITO DINHEIRO	60.48953.1	8260 0054	50,00
27/04	S A L D O			81,19

POSIÇÃO DA CONTA EM 27/04/2018

DETALHAMENTO SALDO EM 26/04/2018

(*) SALDO ATÉ 3/5/12

25,18

(*) SALDO A PARTIR DE 4/5/12

6,01

-----FIM-----

SINCER-PE
 19/04/2018

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180213469

Nome do(a) Examinado(a): Bartolomeu Leite da Silva

Endereço do(a) Examinado(a): Av St Maria Boa Vista, 60 Ap 0001

Jardim Panorama Caruaru PE CEP: 55012-050

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 1293711

Data local do acidente: [27/07/2016]

Data local do exame: [29/05/2018] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE MALELOLO LATERAL DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PLACA E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA

Complicações: AUSENTES

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, COM CICATRIZ CIRURGICA LOCAL, DEFICIT DE MOBILIDADE LEVE DO TORNOZELO (FLEXÃO PLANTAR A 35 GRAUS, DORSAL A 20 GRAUS), SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR PARCIAL

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual (X) 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

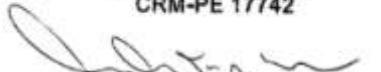
Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII.(*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTERI - 14^ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 05.802.494/0001-4

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/08/2016 às 08:14

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiapóso (Consumado) que aconteceu no dia 27/7/2016 no período da Noite

Lugar ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1º Bairro, CUIAPÓSO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL
Local em Fato: VIA PÚBLICA

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 6LC
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE/PE

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO / ATOCA - AGENTE /
BAR/LOJAS DE LÉITE DA SERRA / CEDIDA /

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOCICLETA (duas rodas) de cor vermelha, placa 4518-3000-0000-0000-0000 /
NADA IDENTIFICADO

Quantidade(s) de(s) pessoa(s) envolvida(s):

MARCELO LÉITE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Ed: MARIA ANUNCIAO LESTE / PEL MANGA / LAURENTINA DA SILVA - Nada de Identificação / 2011/088 Maternidade: NÃO INFORMADO / Endereço: RUA 1000 / CARUARU / Pernambuco / Brasil
Endereço: Rua das Flores, 1000, Centro, 50000-000, Caruaru, PE, Brazil / Número: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRAZIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido / Idade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRAZIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvida(s):

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade social S/N (não DESCONHECIDO) que estava em posse de(s) 0 (zero) DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto
spurto: Ide: Não

Quando: (UNIBAIXO NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação:

A VITIMA NOTICIA QUE TRAVESSAVA A RÍE, PELO LITORÁNIO DO MAR, QUANDO FOI SURPREENDIDA, NO ATLAQUE ELA A GUARDA, PELA QUAIS QUITOU, NÃO SABEMOS SE, QUE VEIO A ATACAR ELA A VITIMA, ARREMESSANDO-A NO CHAO. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE CONDUZIREM A VITIMA PARA URGÊNCIAS, DE ONDE A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO N° 218646, ONDE TEVE O PULMÃO ATINGIDO, SEM RISCO, FOU SINTA DURANTE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste ato de polícia:

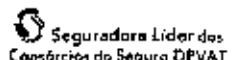
MARTONEN LEITE DA SILVA
(21186)

X
Boletim de Ocorrência
SOLICITADO AO DELEGADO DE POLICIA DA LIMA - Matrícula: 221711-2
Leite S/N

88º Cia. PI

D. Silveira Carvalho

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002278/17

Vítima: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA
CPF: 126.505.954-34

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/07/2016

Titular do CPF: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA : 126.505.954-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
IRENE ARRUDA LEITE : 214.010.394-72
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

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.dpvalseguro.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.

Portador da documentação entregue

Data: 03/01/2017
Nome: IRENE ARRUDA LEITE
CPF/CNPJ: 214.010.394-72

IRENE ARRUDA LEITE

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 03/01/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.784.344-49

Jose Soares da Silva Filho

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 089^a CIRCUNSCRICAO - CARUARU
DP89^aCIRC DINTER1/14 DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 12800179004441

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 24/04/2018 às
10:03

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Boletim (Consumo) que aconteceu no dia 27/7/2016 às 19:00 .

Este ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, S. PAU DA VILA
TERREIRA - BAIRRO: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local da Fato: VIA PÚBLICA

• *agosto) convivida(s) na peregrinação;*

DESCONHECIDO (AUTOR VAGENTE) -
BARTOLOMÉU LEITE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvidos na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse (data) Se o
desconhecido

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

desconhecido (não presente no plantio) - Sexo: Masculino / Feminino: Desconhecido / PERNAMBUCO / BRASIL

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA (PRESIDENTE DO PLANTÃO) - Sexo: Masculino
MARIA ANUNCIADA LEITE POR MANOEL LAURENTINO DA SILVA Data de Nascimento:
10/11/1956 Naturalidade: PANELAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 4203747/ESP/FE
(RG). 1128600056834 (CPF) Estado Civil: CASADO(A); Escolaridade: 1º. GRAU (INCOMPLETO)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 69, AV SANTA MARIA DA BOA VISTA -
CEP: 56.000-000 Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(s) Sítio(s) DESCONHECIDO (que estavam em posse do(s) Sítio(s); DESCONHECIDO
Categoria/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido:
Sítio(s):
Observação: CASO DE SITIO NÃO SE APPLICA

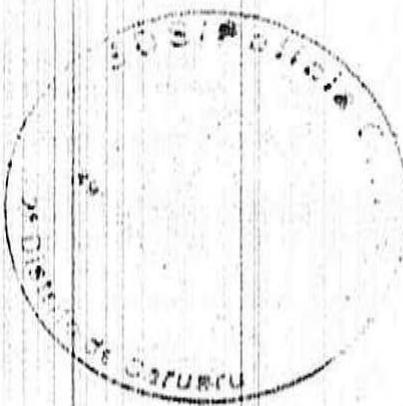
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA DE QUE FOI ATACAR VESSAR A RUA SAC. VICENTE FERREIRA NO BAIRRO DA BOA VISTA QUANDO ATROPELADO POR UM CONDUTOR DE UMA VEICULO DE PLACA NAO ANOTADA QUE SE SE EVADI SEM SOCORRER A VITIMA, TEMDO SIDO SOCORRIDO POR FAMILIARES PARA UPA DO ESTADO E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINHO NA CIDADE DE BEZERROS.

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

Bento Leite da Silva
BENTO LEITE DA SILVA
(VITIMA)

Francisco Miguel da Silva
B.O. registrado por: FRANCISCO MIGUEL DA SILVA - Matricula: 136642-8



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR-PE
REC/PE

10 MAI 2010

2010/05/10 09:42:58

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Bartolomeu Reite da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.293.711 e inscrito no CPF/MF sob o nº 106.505.954-34, residente e domiciliado na AV. Sta. maria Boa Vista, Cidade Caruaru, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bartolomeu Reite da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

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

Caruaru, 23 de setembro de 2016.

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

Bartolomeu Leite de Silveira

126.505.934-34

27 - 07 - 2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SINCERAMENTE

19 MAI 2018

Barbosa Leite Silveira
Local e Data

Barbosa Leite Silveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ANAMNESE

Paciente: BARTOLOMÉU LEITE DA SILVA

Data Nascimento: 20/11/1954 Idade: 61 Anos, 8 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 00885150

Prontuário: 00178298

Senha N.º P0151

Data e Hora: 27/07/2018 11:16h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE, APRESENTA TRAUMA EM MIO, SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO E EUPNEICO.

Alergia:

Observação: CLASSIF POR SUS;

ALERGIA A MED. NEGA;

HAS E DM

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 160 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 100 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

HGT:

OPINIÃO:

REFIRE DOR EM MIO APÓS TRAUMA

Exame Físico:

EDEMA TNZ DIREITO

Exames complementares:

RX

HD:

TRAUMA TNZ DIREITO - FRAT TNZ

Conduta:

TALA+AO HRA

Evolução:

SINCER-PE
RECIFE

10/07/2018

Ass. do Médico
Dr(a): ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS
CRM - 12689

Ass. do Médico
Dr(a): ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS
CRM - 12689

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08260

CONTA: 00000009985-1

Autenticação:

7F74662139C292F0681BCA8212AB068225B5893B5F22F46A617E434A729C112F

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.430
COMERCIAL

www.
COM

Aprendimento as deficiências

Agência Nac
167-Ligaçao Gr

Documentos de identidade
fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE BARTOLOMÉU LEITE DA SILVA CPF: 126.505.954-34	DATA DE VENCIMENTO 06/12/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/11/2016 DATA DA APRESENTAÇÃO 29/11/2016 NÚMERO DA NOTA FISCAL 003700533	CONTA CONTRÁRIA 004011507145 Nº DO CLIENTE 21027036219 Nº DA INSTALAÇÃO 0004114671
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV STA MARIA BOA VISTA 60 AP-0001 JARDIM PANORAMA/CARIJAU 55000-000 CARIJAU PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
<i>(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.celpa.com.br)</i>	RESERVADO AO FISCO D95A.5FF8.CD3B.A476.3E52.7866.0C7D.A3B9		

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

JJ-802-494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

93 JAN. 2017

Rua da Aurora, № 175, SL 901 600
99-62 062 010

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amazônia. Mais informações em www.aerel.gov.br.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/01) e Juros 1% a.m.; Lei 14.338-26/04/02; no prazo de 1 mês.
Serviço Militar. A segurança do Brasil é em nossas mãos. Reservista apresente-se em sua reg. Militar de 09-16-Dec16
O cliente é compensado quando há violação na continuidade do atendimento individual ou no nível da tensão de fornecimento.
O Cliente é compensado quando há desacoplamento de prazo do fornecido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MELÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004011507145	11/2016	0,00	06/12/2016	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahnoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Irene Aruda Taeté,

RG nº 12.125.868-8, data de expedição 28/02/1999, Órgão SSP,

CPF nº 214.010.394-72 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/Praça)	AV. Sta. Maria - Boa Vista
Número	60
Apto / Complemento	
Bairro	Jardim Panorama
Cidade	Caruaru
Estado	Pernambuco
CEP	55000-000
Telefone de Contato	(081) 9.9101-0373 / 9.9137-5001
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru 23 de Setembro de 2016.

Assinatura do Declarante:

Bastos, Irlí Sá

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

CPF: 126.505.954-34

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV STA MARIA BOA VISTA 60 AP-0001

JARDIM PANORAMA/CARUARU
56000-000 CARUARU PE**DATA DE VENCIMENTO****29/03/2018****TOTAL A PAGAR (R\$)****89,55****DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL****22/03/2018**DATA DA APRESENTAÇÃO
22/03/2018NÚMERO DA NOTA FISCAL
010228399**CONTA CONTRATO****4011507145**Nº DO CLIENTE
2002926219Nº DA INSTALAÇÃO
4114671**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**RESERVADO AO FISCO**

1969.603D,D0F2,ECA7,C689,2942.0E49,3012

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO(R\$)	VALOR(R\$)	
Consumo Ativo(kWh)	119.0000000	0,68359185	81,34	
Contribuição Iluminação Pública			4,11	
Multa por atraso-NF 002739333 + 23/01/18			1,65	
Multa por atraso-NF 000480040 + 21/02/18			1,25	
Juros por atraso-NF 002739333 + 23/01/18			0,67	
Juros por atraso-NF 000480049 + 21/02/18			0,25	
Atualização ICPM-NF 002739333 + 23/01/18			0,37	
Atualização ICPM-NF 000480040 + 21/02/18			0,01	

TOTAL DA FATURA**89,55****INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

CMS	%	VALOR DO IMPÓSTO	PIS	%	VALOR DO IMPÓSTO	COFINS	%	VALOR DO IMPÓSTO
81,34	20,00	20,33	81,34	0,82	0,66	81,34	3,91	3,18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
81031224	GAT	21/02/2018	11.442,00	22/03/2018	11.561,00	28	1.00000		119,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 23/04/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento;
Ponto, em atraso paga multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descomprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
DETALHAMENTO	CONJUNTO	VOLUME APARECIDO	LIMITES MÍNIMOS	LIMITES MÁXIMOS	LIMITES MÍNIMOS	LIMITES MÁXIMOS
DIGI-Nº de horas sem Energia	CAMPUS	0,0000	6,31	10,62	21,25	
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,0000	3,23	6,47	12,95	
DMIC-Duração mínima da Interrupção contínua		0,0000	3,03	0,00	0,00	
DICB-Duração da Interrupção em dia útil						Límite DICB: 12,22
EUBD-Valor da Encargo de uso do sistema de distribuição = R\$ 29,47						
Todos Consumidores possuem direito a interrupções que indicadoras DIC, FIC, DMIC e DICB e suas parâmetros						

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL	LIMITES DE VARIAÇÃO (%)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

100304
Boletim de Controle

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Irene Arruda Leite, portador(a) do RG nº 12.125.848-8, expedido por SSP, em 28/02/1989, CPF/CNPJ nº 214.010.394-72, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Bartolomeu Leite da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Bartolomeu Leite da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcion - Se Renda Mensal: R\$ Recepcion - Se

Documentos comprobatórios: Recepcion - Se
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Irene Arruda Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

03 JAN. 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RFP/MT/SE



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

- Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: Flávia da Silva Souza RG: 123456789

Endereço: Rua Presidente Getúlio Vargas, 1000 - BSB
Tel: 3223-1939

Date: 3-26-2011 1:15

10 of 10

1 - 15

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Name:

RG:

Endereço:

Tel:

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

Transferência: Internamento

Condição de Alta

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

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



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução Evolutiva

Termo de Responsabilidade do Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar:

Nome: WILSON SANTOS VIEIRA (Santos) **RG:** 307542-1

Nome: Patrícia **Endereço:** Rua das Flores, nº 100, Centro **Tel.:** (31) 2222-1111

Data: 201st LV **Revised:** _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Procedimento: _____

Tel:

Diag Definitely:

Assinatura

WEDDING

a alta Circunstâncias Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

Alta () Cirurgia () Gato () - Internamento _____

Conselho de Administração

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Nome: _____ **CPF:** _____ **Hora:** _____ **Médico:** _____ **CRM:** _____

7/27/2016 9:53:17 PM
2 de 2

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
ROSANGELASSB

03 JAN 2017

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

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Atendimento: 00885150

Data Nascimento: 20/11/1954 Idade: 61 Anos, 8 Meses e 7 Dias

Prontuário: 00178298

Sexo: Masculino

História Atual:

DOR EM TNZ

Exame Físico:

EDEMA

Exames Complementares/Resultados:

RX

Hipóteses Diagnósticas:

FRAT TNZ --WEBER C

Conduta:

TALA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:

SIM

NÃO

Transferido / Encaminhado para:

HRA

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN 2017

Data: 27 DE JULHO DE 2016

Hora: 21:19

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

CRM 12589-PE
Cópia é feita automaticamente
para o CRM-PE

Ass. e CRM do Médico

Dr(a): ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS
CRM - 12589

CRM 12589-PE
Cópia é feita automaticamente
para o CRM-PE



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: BARTOLOMÉU LEITE DA SILVA

Atendimento: 00885150

Data Nascimento: 20/11/1954 Idade: 61 Anos, 8 Meses e 7 Dias

Prontuário: 00178298

Sexo: Masculino

Senha N.º P0151

Data e Hora: 27/07/2016 21:18h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE, APRESENTA TRAUMA EM MID, SEM OUTRAS QUEIXAS NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO E EUPNEICO.

Alergia:

Observação: CLASSIF POR SUS;

ALERGIA A MED. NEGA;

HAS E DM

AFERIÇAÇÕES:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 160 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 100 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 16 BPM

HGT:

OPD/HDA:

REFORÇAR DOR EM MID APÓS TRAUMA

Exame Físico:

EDEMA TNZ DIREITO

Exames complementares:

RX

HD:

TRAUMA TNZ DIREITO - FRAT TNZ

Conduta:

TALA+ AO HRA

Evolução:

CHAVES-16
Obrigado por ter nos visitado.
Boa sorte na sua jornada.

SAÚDE-PE
10 MAI 2010

Ass. do Médico

Dr(a): ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS
CRM - 12689

O.E: M260190001

ESFERA: PRIVADO

ESPELHO DA AIH

APRESENTAÇÃO: 10 / 2016

DATA: 21/11/2016

Num AIH: 261610505969-0

Situação: EXPORTADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 10/2016

Data Autorização: 14 / 08 / 2016

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Órgão Emissor: M260100001

CRC: 05B53886185

Doc autorizador: 980016003872395

Doc med resp: 204322039720003

Doc diretor clínico: 204322039720003

Doc médico solicitado: 100512963070003

CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

CNS: 70000165161891-0

Paciente: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Prontuário: 110817

Data Nasc.: 20/11/1954 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 1293711

Responsável pac.: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Nome da Mãe: MARIA ANUNCIADA LEITE

Endereço: RUA RUI BARBOSA 204 Bairro: CENTRO

Raça/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APlica

Telefone: (81)0372-11221 Muda Proc.?: NÃO

Município: 260410 - CARUARU

UF: PE CEP: 55004-000

Procedimento solicitado: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOCÉLO

Procedimento principal: 04.08.05.040-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOCÉLO

Diag. principal: S827-FRATURAS MULTIPLAS DA Perna

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Obito:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data Internação: 14/08/2016 Data saída: 16/08/2016 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior: -

AIH Posterior: -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNAER: -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Otida	Cmpt	Descrição
1	0408050497	9800160038798055	225270(1)	2344254	1	08/2016	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2	0408050497	204322571080018	225151(6)	2344254	1	08/2016	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3	0702030830		41249434000107	2344254	1	08/2016	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0802010040			2344254	2	08/2016	DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/
5	0401010015	980016299807	048 223505	2344254	3	08/2016	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

RADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	49031	41.249.434/0001-07				

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica

Descrição

Y330 PREEXISTENTE OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pró-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas: Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via desse relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITALRaymundo Francisco Araújo Filho
Médico
CRM-PE 5379Conferido Com Documento
Original Bezerros PE-21/01/18
Hospital Jesus Pequeninoobertta Tavares
Assistente Social
CRESS-PE 16224obertta Tavares
Assistente Social
CRESS-PE 16224SINCON-PE
RECIFE

10 MAI 2010



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Burton Lote de alus

Gelatina ~~sec~~ 20 esp

a copo 6/63

OT 10

Dobrada - FLE - 070

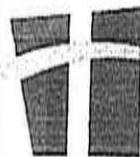
et confuso 30 esp

15/08/16 /
João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5980

Av. Major Aprigio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

SINCERIDADE
RECIFE

10 MAI 2010



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Nome: Bachloma Lito da Silva

Reg. 110 812

Data de Nasc. 20/11/1974

Data da Cirurgia 15/05/16

Tratamento: Ortopedia - Fratura no joelho

Data Retorno: 25/05/16 - dia 09:00hs

Motivo Retorno: Lembrei medicina para tratamento

Ligar o ferimento

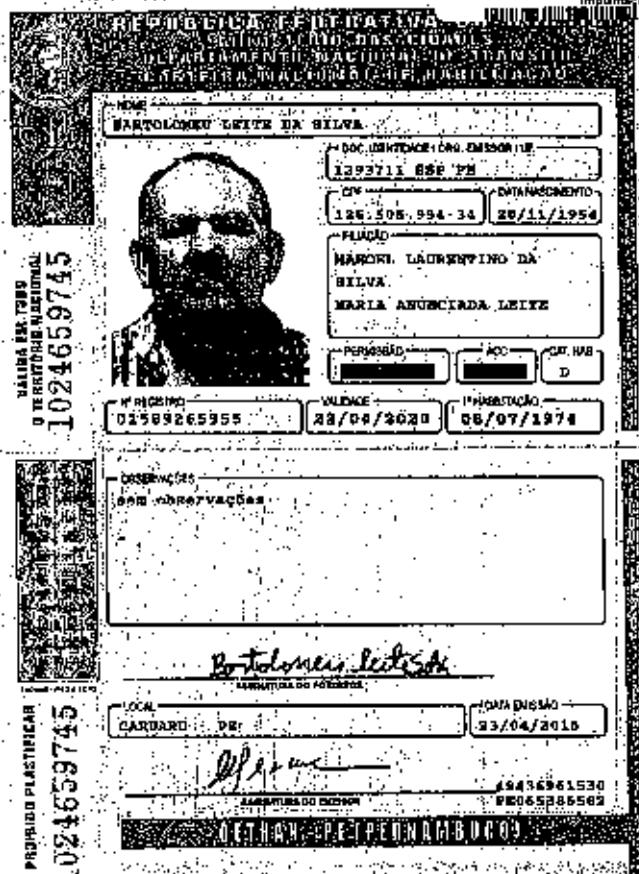
João Maillaff V. Lúcio
Traumato-Ortopédia
CRM - 5980

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE Fone/Fax: (81) 3728.1586

3728.1099

SINCOR-PE
RECIFE

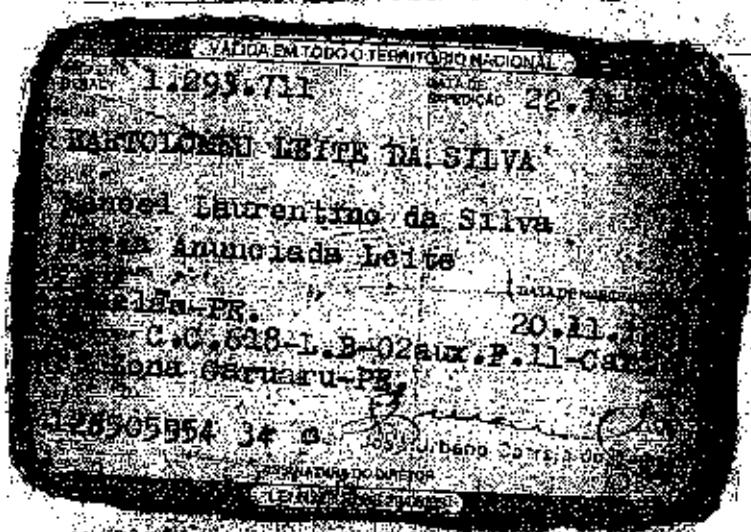
10 MAI 2010



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

93 JAN. 2017

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



05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN 1987

Rua da Aurora, Nº 375, 9º andar
Belo Horizonte - MG
Brasil

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
NOME	IRENE ARRUDA LEITE
QUALIFICAÇÃO	ESTADISTA
NATURALIDADE	BRASIL
DOC. ORIGEM	CARTA DE IDENTIDADE
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

CÓDIGO DE CONTROLE
5793.D016.4A80.69F9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

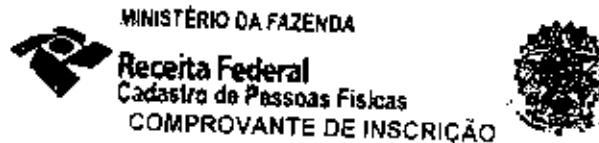
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 14:32:44 do dia 19/09/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



JS.802.494/0001-41
TRUNFO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Praia Vista (19) 32.068-210

03 JAN 2012



Número
214.010.394-72

Nome
IRENE ARRUDA LEITE

Nascimento
15/12/1957

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PERNAMBUCO
SERVIÇO UNIFORME DE
INSTRUMENTOS

1.293.711

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Manoel Laurentino da Silva
Maria Anunciada Leite

20.11.1954

Panambi-PE
C.G.618-L.B-02aux.F.II-Cart.
2º Zona Caruaru-PE

126505954 34



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PERNAMBUCO
MUNICIPIO DE CARUARU

MUNICIPAL LIBERTADORES

LEITE DA SILVA

DOC. EXPEDIDO (P.R. 1954)

1193711 SSP PE

116.565.954-34

20/11/1954

R. 258

NAME: LAURENTINO DA

SILVA

MARIA ANUNCIADA LEITE

PROG-10

XCC

OC-9

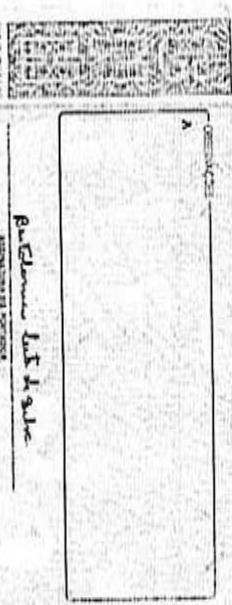
Nº 22356

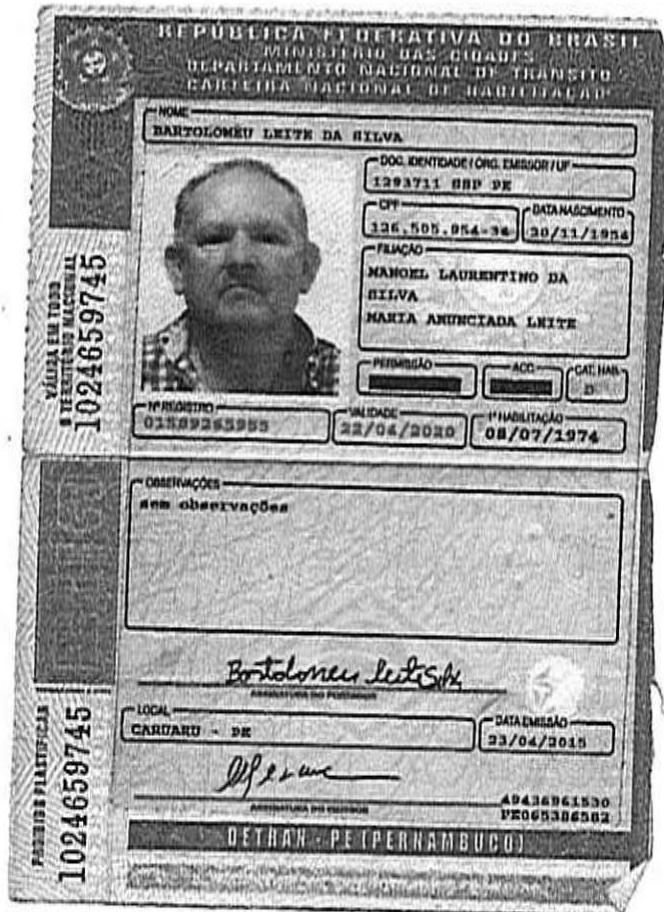
23/11/2015

08/07/574

REC'D
RECEIVED
10 MAI 2018

PRODUTO PLASTIFICAR
214595132





CINTURON-PE
RECIFE

10 MAI 2018

SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Bento Bonsucesso de Siqueira
 DATA DO ACIDENTE 27.07.16 CPF DA VÍTIMA 125.505.854-34

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA. REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Avenida São Vicente, 1000 - Centro, São Paulo, São Paulo, SP, 01320-122
 N° 60 COMPLEMENTO PP COOP BAIRRO São Vicente
 CIDADE São Paulo UF SP CEP 01320-122
 TELEFONE (11) 3121.1221
 E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(5) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(7) CFF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(1) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA

(8) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(9) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(10) CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(11) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(12) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(13) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(14) CFF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(15) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(16) COMPROMISSOS (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITARIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(17) COMPROVANTE DE PESSOALIDADE EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE PESSOALIDADE (ORIGINAL)

- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍFICO DE NASCIMENTO OU CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(18) CERTÍFICO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(19) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(20) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(21) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 11.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VAI CONSEGUIR A GRAVIDADE DAS LESÕES SE DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (PLAMS) = REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolsos). ESTE VALOR VAI CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR. PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE
 DATA 02.05.2018

DATA 02.05.2018

IDENTIDADE 102.3711

NOME Pedro Maués

ASSINATURA Pedro Maués

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180213469 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA **Data do acidente:** 27/07/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE MALELOLO LATERAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, COM CICATRIZ CIRURGICA LOCAL, DEFICIT DE MOBILIDADE LEVE DO TORNOZELO (FLEXÃO PLANTAR A 35 GRAUS, DORSAL A 20 GRAUS), SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Procuração

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

1. Outorgante Bartolomeu Leite da Silva,
 portador(a) do documento de identidade nº 1.293-711, expedido por SSP, em
22/11/1995 inscrito no CPF sob o nº 126505954-34, residente na
Avenida Santa maria Boa Vista, nº 60,
 complemento AP. 0001, Bairro Jardim Panorama, cidade
Caruaru, Estado PE.

2. Outorgado Irene Arruda Leite,
 portador(a) do documento de identidade nº 12.125.848-8, expedido por SSP, em
28/02/1989 inscrito no CPF sob o nº 214.010.394-72, residente na
Avenida Santa maria Boa Vista, nº 60,
 complemento AP-0001, Bairro Jardim Panorama, cidade
Caruaru, Estado PE.

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



Caruaru - PE

de 11 AGO 2016 de _____

Outorgante

Bartolomeu Leite Silva

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
 Rua Expedicionária 102 - Centro - CEP 50000-040 - Fone: (81) 3722-0733 - Fax: (81) 3701-2110
 Reconheça por autenticidade a firma de BARTOLOMÉU LEITE DA SILVA, dou fé.
 Selo: 0073718.NY008201602.01225
 Caruaru/PE, 11/08/2016 09:41:33. Em testo — da verdade.
 NEF/NEF MARTA DOS SANTOS - Substituta
 Envi: R\$ 3,63 - TSNR R\$ 0,73 - Total R\$ 4,36 Op.: 39
 De acordo com a legislação em vigor, é vedada a utilização de



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

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