

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

Carta nº 12803181



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 nº: 12922338

A/C: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180213469
Vítima: 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

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO _____

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 Leite da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 1.293.711EXPEDIDO POR SSP/PE

EM ____/____/____ E

CPF 126505954-34 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Revisor - Jr.

E RENDA MENSAL DE R\$ Revisão (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Bartolomeu Leite 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 da profissão e da 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, Plano ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou 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 de 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.

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

LOCAL E DATA

Bartolomeu Leite

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s 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 do acordo com a tabela de segurn 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 / / , 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>Caruaru</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: Caruaru 23 de Setembro de 2016.

Assinatura do Declarante: João Amada Leite

05.002.494/0001-41
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

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 (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

125505954-34

Nome completo da vítima

Barboleni Leite de Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Barboleni Leite de Silva	126.505.954-34	Empresário
Endereço	Número	Complemento
Av. St. Horio Box 117	20	AP-0001
Vairo	Estado	CEP
Sorolim Bonfim	CE	55.000.000
Email		Telefone (DDD)
		81.3721-1221

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
8960		09985	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome		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 Líder 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.

Assinatura de Barboleni Leite de Silva de maio de 2018
Local e Data

Barboleni Leite de Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Agência/Conta: 8260/09985-1
 BARTOLOMEU LETTE DA SILVA
 CPF: 126.505.954-34

Tipo: Conjunta

DATA	HISTÓRICO	ORIG	DTVAL	AUT	VALOR
	COD. LOTE. FECH			CARTÃO	
08/01	SALDO ANTERIOR				30,72
29/01	JUROS -ANIV.27				0,02
	74.09016.1		27/01		
29/01	S A L D O				30,74
05/02	JUROS -ANIV.03				0,11
	74.09016.1		03/02		
05/02	JUROS -ANIV.05				0,01
	74.09020.1		05/02		
05/02	S A L D O				30,86
07/02	JUROS -ANIV.07				0,01
	74.09018.1		07/02		
07/02	S A L D O				30,87
27/02	JUROS -ANIV.27				0,02
	74.09026.1		27/02		
27/02	S A L D O				30,89
05/03	JUROS -ANIV.03				0,11
	74.09021.1		03/03		
05/03	JUROS -ANIV.05				0,01
	74.09025.1		05/03		
05/03	S A L D O				31,01
07/03	JUROS -ANIV.07				0,01
	74.09037.1		07/03		
07/03	S A L D O				31,02
27/03	JUROS -ANIV.27				0,02
	74.09017.1		27/03		
27/03	S A L D O				31,04
03/04	JUROS -ANIV.03				0,11
	74.09019.1		03/04		
03/04	S A L D O				31,15
05/04	JUROS -ANIV.05				0,01
	74.09018.1		05/04		
05/04	S A L D O				31,16
09/04	JUROS -ANIV.07				0,01
	74.09018.1		07/04		
09/04	S A L D O				31,17
27/04	JUROS -ANIV.27				0,02
	74. .1		27/04		
27/04	DEPOSITO DINHEIRO				50,00
	60.48953.1	8260		0054	
27/04	S A L D O				81,19
-----FIM					
POSICAO DA CONTA EM 27/04/2018					
DETALHAMENTO SALDO EM 26/04/2018					
(*) SALDO ATE 3/5/12					25,18
(*) SALDO A PARTIR DE 4/5/12					6,01

SINCER-PE
 10 MAI 2018

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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. Nexa de casualidade: 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
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 2620045094426

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

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1ª Delegacia - CUNAS II
- CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local: Ter. VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR - ASSINTE);
BARTOLOMEU LEITE DA SILVA (VÍTIMA);

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na garagem da ocorrência), que estava em posse do(a)
SENAL DESCONHECIDO

Qualificação do(s) pessoa(s) envolvida(s):

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: masculino, Mês:
MARIA ANUNCIADA LEITE PER MANGEL LAURENTINO DA SILVA (Mãe do Desconhecido)

20/11/1983 Nacionalidade: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

Endereço: Residência: MUNICÍPIO DE CARUARU, 68, AV. STA MARIA BOA VISTA - JARDIM
SANTO ANA - AR-0084 - CEP: 5 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (nao presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

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

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) SENAL DESCONHECIDO, que estava em
posse do(a) SENAL DESCONHECIDO

Carro: Marca/Modelo: AUTOMÓVEL NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto

opção: Não

Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

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

A VITIMA NOTICIA QUE TRANSERVA A SE, FUIO LOTA DO VATO, QUANDO FOI SURPREENDIDA DO ATACADOR A QUAL, POR EM SITUAÇÃO, NÃO IDENTIFICADO, QUE VEIO A ATRAPALHAR A VITIMA, ARREMESSANDO-A DO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE ENCAMINHARAM A VITIMA PARA UPA CARUARU, DO ONDE A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº 218548, ONDE TEVE O PRIMEIRO ATENDIMENTO, SEM DOR, FUIO SIENTE ASSIM MESMO.

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

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA
(VITIMA)

Assinatura do:  **Polícia Civil** - Matrícula: 221711-2

88° C

D. S. de Caruaru

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.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.

Portador da documentação entregue

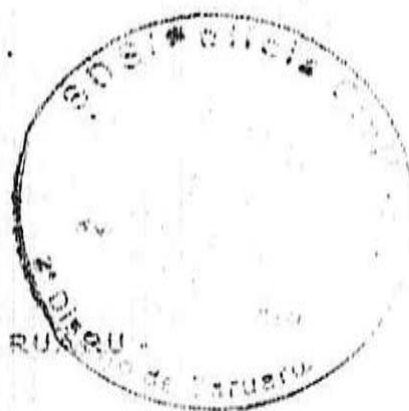
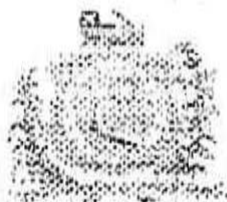
Data: 03/01/2017
Nome: IRENE ARRUDA LEITE
CPF/CNPJ: 214.010.394-72

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 POLÍCIA DA 89ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP89ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1260179001141

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

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA SÃO VICENTE
FERREZ - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
BARTOLOMEU LEITE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a)
DESCONHECIDO

SINCR-PE
RECIFE

10 MAI 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

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

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino/Mãe:
MARIA ANUNCIA DA LEITE Por: MANOEL LAURENTINO DA SILVA Data de Nascimento:
20/11/1964 Naturalidade: PANELAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 42937416SP/PE
(RG), 12650555634 (CPF) Estado Civil: CASADO(A); Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 00, AV SANTA MARIA DA BOA VISTA -
CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): DESCONHECIDO (que estava em posse
do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido:
7500
Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

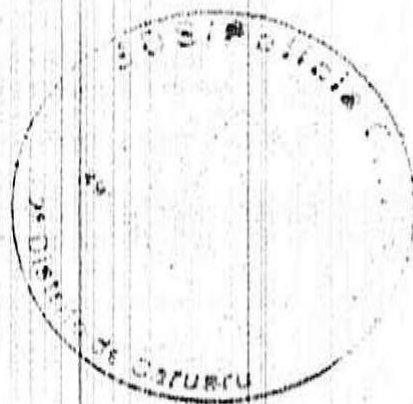
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA DE QUE FOI ATARVESSAR A RUA DAS VICENTE FERRER NO SAIRRO DA BOA VISTA QUANDO ATROPELADO POR UM CONDUCTOR DE UMA VEICULO DE PLACA NAO ANOTADA QUE SE SE EVADI SEM SOCORRER A VITIMA, TENDO SIDO SOCORRIDO POR FAMILIARES PARA UPA DO ESTADO E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENIMI NA CIDADE DE BEZENROS.

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

Bartholomeu Leite da Silva
 BARTHOLOMEU LEITE DA SILVA
 (VITIMA)

Francisco Miguel da Silva
 B.O. registrado por: FRANCISCO MIGUEL DA SILVA - Matrícula 110042-0



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCR-PE
 RECIFE
 10 MAI 2018

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Bartolomeu Leite da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.293.711 e inscrito no CPF/MF sob o nº 126.505.954-34, 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
- (X) 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 Leite 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 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Caruaru, 23 de Setembro de 2016

Local e data

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 Bastão de Silva CPF da Vítima 128.505.934-34 Data do Acidente 27-07-2018

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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º 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.

SINCER-FE
RECIFE

10 MAI 2018

Josimar de Mota de 2018
Local e Data

Bastão de Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

Data Nascimento: 20/11/1954

Idade: 61 Anos, 6 Meses e 7 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 00885150

Prontuário: 00178298

Senha N.º: P0151

Data e Hora: 27/07/2018 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

AFERICAÇÃO:

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:

REFERE DOR EM MID APOS TRAUMA

Exame Físico:

EDEMA TNZ DIREITO

Exames complementares:

RX

HD:

TRAUMA TNZ DIREITO - FRAT TNZ

Conduta:

TALA+ AO HRA

Evolução:

SINCOR-PE
RECIFE

10 JUL 2018

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: 000000009985-1

Autenticação:

7F74662139C292F0681BCA8212AB068225B5893B5F22F46A617E434A729C112F

Documentos de identificação
e bens fixos e móveis

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Irene Ananda Leite

RG nº 12.125.808-8, 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)	<u>AV. Sta Maria Boa Vista</u>
Número	<u>60</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jardim Panorama</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 9.9101-0373 / 9.9137-5001</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru 23 de Setembro de 2016

Assinatura do Declarante: Bastolano Leite Silva

JS.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

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 25/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria: 0800 282 5539
Agência Nacional da Energia Elétrica - ANEEL
167-Lição Gratuita de telefones fixos e móveis

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

03 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 9ma Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Atual (kWh):	3,44 (100%)	NOV 16	121
		OUT 16	12
		SET 16	16
		AGO 16	131
		JUL 16	57
		JUN 16	110
		Mai 16	121
		ABR 16	126
		MAR 16	126
		FEB 16	121
		JAN 16	106
		01/17	11
		NOV 15	106

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	29,54	86,20
Transmissão	1,05	3,04
Distribuição (Perdas)	16,44	47,96
Energia Solar Ativa	7,54	21,81
Impostos	23,42	67,90
TOTAL	33,47	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
MÉDIA					
QIC: de horas sem Energia	CAMPUS	0,10	0,07	0,05	0,13
RIC: de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMC: Duração máxima de interrupção contínua		0,10	0,1	0,05	0,00
DICI: Duração de interrupção em segundos			MÉDIA DICI: 12,25		
EUS: Duração de Energia de uso		23,43			

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

DESTAQUE AQUI

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

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800
281 0142
Ouvidoria 0800 282 5509
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
107-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

CPF: 126.505.954-34

DATA DE VENCIMENTO
29/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
89,55

DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
22/03/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
22/03/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
010228399

CONTA CONTRATO
4011507145

Nº DO CLIENTE
2002926219

Nº DA INSTALAÇÃO
4114671

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

1909.003D.D9F2.ECA7.C699.2942.CE49.3012

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO(US)	VALOR(R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,0000000	0,80359185	95,34
Contribuição Iluminação Pública			4,11
Multa por atraso-NF 002739333 - 23/01/18			1,85
Multa por atraso-NF 006480849 - 21/02/18			1,25
Juros por atraso-NF 002739333 - 23/01/18			0,57
Juros por atraso-NF 006480849 - 21/02/18			0,25
Atualização IGP-M-NF 002739333 - 23/01/18			0,37
Atualização IGP-M-NF 006480849 - 21/02/18			0,01

TOTAL DA FATURA **89,55**

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	ICMS	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	PIS	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	COPINS	VALOR DO IMPOSTO
81,34	25,00	20,33	81,34	0,82	0,66	81,34	3,91	3,18

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,48038000

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
MAR 18	119
FEV 18	94
JAN 18	120
DEZ 17	118
NOV 17	115
OUT 17	114
SET 17	98
AGO 17	99
JUL 17	85
JUN 17	85
MAI 17	107
ABR 17	98
MAR 17	117

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 22,27	27,30%
Transmissão	R\$ 2,35	2,60%
Distribuição (Celpe)	R\$ 10,41	23,86%
Perdas de Energia	R\$ 5,83	7,17%
Cargos Setoriais	R\$ 7,31	8,09%
Tributos	R\$ 24,17	20,71%
Total	R\$ 81,34	100%

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
81931224	CAT	21/02/2018	11.442,00	22/03/2018	11.561,00	29	1,00000		119,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 23/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR LIMITE	LIMITE ESPECÍFICO	LIMITE TÍPICO	LIMITE MÁXIMO
DIC-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 máxima de Interrupção contínua		0,0000	3,03	6,00	6,00
DICII-Duração de Interrupção em dia estivo					Limite DICII: 12,22
EUSD-Valor da Energia de uso do sistema de distribuição = R\$ 29,47					
Todo Consumidor precisa aceitar a operação que indicamos DIC, FIC, DMIC e DICII a qualquer tempo					

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 tensão de fornecimento.
Ponto, em atraso para multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ASSINATURA DO CLIENTE E DO FISCAL

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 imaterial da vítima Bartolomeu Leite da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor - PE Renda Mensal: R\$ Revisor - PE

Documentos comprobatórios: Revisor - PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

X Irene Arruda Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

03 JAN. 2017

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



Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Horário

[illegible]



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 nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Roberto Medeiros da Silva (Solteiro)

RG: 12.954.231

Endereço: Rua Paulo Celso de Aguiar, nº 100

Tel.: 44130-1434

Data: 24 / 07 / 16

Assinatura

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____

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 / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome: Marcos Antônio Pereira (Sobrinho)

RG: 3095421

Endereço: Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Tel.: 3095421

Data: 29 / 01 / 17

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

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

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

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

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Usuário do Atendimento
ROSANGELASSB

03 JAN. 2017

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



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

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

Sexo: Masculino

Atendimento: 00885150

Prontuário: 00178298

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

Motivo:

INTERV

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
Otorrinolaringologista

Ass. e CRM do Médico

Dr(a): **ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS**

CRM - 12589

CRM 12589-PE
Otorrinolaringologista



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



ANAMNESE

Paciente: BARTOLOMEU 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: 27/07/2016 21:18h

CLASSIFICAÇÃO:

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

Alergia:

Observação: CLASSIF POR SUS;

ALERGIA A MED. NEGA;

HAS E DM

AFERICAÇÃO:

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:

REPERE DOR EM MID APÓS TRAUMA

Exame Físico:

EDEMA TNZ DIREITO

Exames complementares:

PX

HD:

TRAUMA TNZ DIREITO+ FRAT TNZ

Conduta:

TALA+ AO HRA

Evolução:

Ass. do Médico
Dr(a): ROGERIO FERREIRA DOS SANTOS
CRM - 12589

CR-002-PE
RECIFE
10 MAI 2010

Num AIH: 261610505969-0

Situação: EXPORTADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 10/2016

Data Autorização: 14/08/2016

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280100001

CRC: 0585386185

Doc autorizador: 980016003872395

Doc med resp: 204322839720003

Doc diretor clínico: 204322839720003

Doc médico solic: 100512963070003

CNS: 70900185161891-9

CNE: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

Prontuário: 110817

Paciente: BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

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 294 Bairro: CENTRO

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

Telefone: (81)0372-11221

Muda Proc.7: 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 TORNOZELO

Procedimento principal: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

Diag. principal: S827-FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Modalidade: HOSPITALAR

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Data Internação: 14/08/2016

Data saída: 16/08/2016

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior:

AIH Posterior:

Liberação SISAH01:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: . . . / -

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtda	Grupos	Descrição
1	0408050497	980016003798055 225270(1)		2344254	1	08/2016 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2	0408050497	204322571080018 225151(6)	2344254	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	2344254	2	08/2016 DIARIA DE ACOMPANHANTE DE IDOSOS C/
5	0401010015	980016299074048 223505		2344254	3	08/2016 CURATIVO GRAU II C/ OU 3/ DEBRIDAMENTO

DADOS 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 Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"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 deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente"

Raymundo Francisco Arag. Filho
Médico
CRM-PE 5379

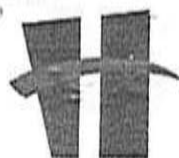
Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 21/01/18
Hospital Jesus Pequeno

Robertta Tavares
Assistente Social
CRESS-PE

Robertta Tavares
Assistente Social
CRESS-PE 110994

SINCER-PE
RECIFE

10 MAI 2018



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Burbotom Lote de 200

Capitulos 50 28 cap

1 Capitulo 4/67

04 10

Dobramen - FLEA - 070

01 unformas 30 cap

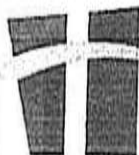
15/08/16

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

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

SINCCR-PE
RECIFE

10 MAI 2010



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

Nome: Brackelmeir Lúcio de Jesus

Reg. 110 812

Data de Nasc. 20/11/1989

Data da Cirurgia 15/05/16

Diagnóstico: Lesão ligamentar do joelho

Tratamento: Curativo e fisioterapia - fisio e fisio

Data Retorno: 25/05/16 - na sequência

Motivo Retorno: lesão ligamentar no joelho
lesão ligamentar no joelho

JOÃO MARCELO V. COSTA
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE Fone/Fax: (81) 3728.1586
3728.1099

SINCR-PE
RECIFE

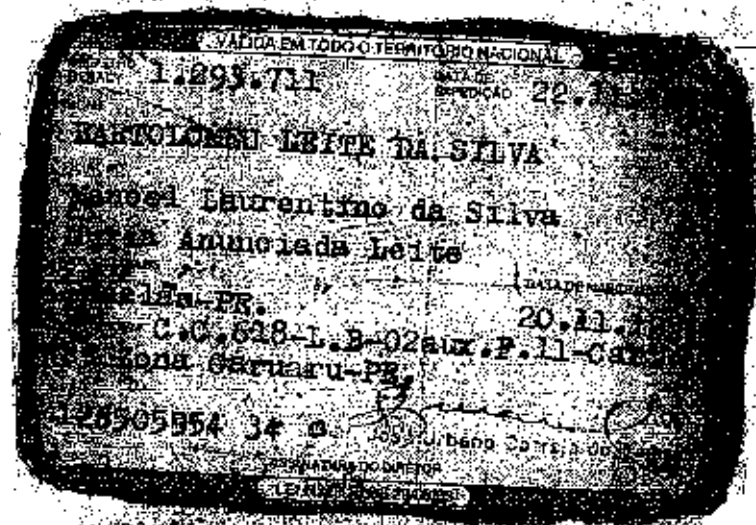
10 MAI 2016



VALUABLE ESTATE PLANNING
QUESTIONS ANSWERED BY DR. JAMES L.
102-4659745

PROHIBIDO PLASTIFICAR
11024659745

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 52.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC

Bom Vista - CEP: 50.030-010

RECIFE-PE



VALDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO: 28/12/2011

NOME: IRENE ARRUDA LEITE

FILIAÇÃO: CARLOS EDUARDO ARRUDA DA SILVA

NATURALIDADE: SÃO PAULO - SP

DATA DE NASCIMENTO: 15/12/1957

DOC. ORIGIN: CARTEIRA 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

05.802.494/0001-41
TRUÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
03 JAN. 2017
Rua da Aurora, nº 115, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
FONE: (51) 3081-0100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON DAHRT

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
214.010.394-72

Nome
IRENE ARRUDA LEITE

Nascimento
15/12/1957

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

214595132

VALIDA EM TODOS
OS ESTABELECIMENTOS PARTICIPANTES

214595132

[illegible]

1.293.711 22.11.1926
BAROLOMÉU LEITE DA SILVA
Manoel Laurentino da Silva
Maria Anunciada Leite
Panelás-PE.
2ª Zona Carneiro-PE.
126505954 34 22.11.1954
20.11.1954
Cidade de São Paulo, 22 de Novembro de 1954.
Assinatura do Diretor

SINCE-PE RECIPE

10 MAI 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

3

1024659745

1024659745

NOME
BARTOLOMEU LEITE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISOR/UF)
1293711 BRP DE

CPF
126.505.954-34

DATANASCIMENTO
20/11/1954

FILIAÇÃO
MANOEL LAURENTINO DA SILVA
MARIA ANUNCIA DA LEITE

PERMISSAO
ACC
CAT. HAB.
2

REGISTRO
01589265953

VALIDADE
22/04/2020

HABILITACAO
08/07/1974

OBSERVAÇÕES
sem observações

Bartolomeu Leite da Silva
ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSAO
23/04/2015

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

49436961530
PROG65386502

DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)

SINCDR-PE
RECIFE

10 MAI 2019

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Barboleni José de Silva
 DATA DO ACIDENTE 27.07.16 CPF DA VÍTIMA 125.505.854.34
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. St. Honoré 607
 Nº 60 COMPLEMENTO PR. 001 BAIRRO Barboleni
 CIDADE Pouso Alto UF SC CEP 55.000.000
 E-MAIL _____ TELEFONE (41) 3121.1221

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
 (X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
 (X) DIA 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 COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONTEÑEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
 () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INDIQUANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DE CORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEIITO DO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONTEÑEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00
 • 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVAT.SITE CONTAR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____
 DATA 02.05.2018
 IDENTIDADE 102.3711
 ASSINATURA Barboleni

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA 02.05.2018
 NOME Paulo Moura
 ASSINATURA Paulo Moura

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 MALEOLO 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:

Victor Borba

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.

Amplios 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 do



Outorgante Bartolomeu Leite Silva

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
R. das Expedientes, 112 - Nova Terra dos Dões - Caruaru/PE - CEP: 55000-440 - Fone: (81) 3782-0733 - Fax: (81) 3701-2100

Reconheça por autenticidade a firma de BARTOLOMEU LEITE DA SILVA; dou fé.

Selo: 0073718.NY008201602.01225

Caruaru/PE, 11/08/2016 09:41:33. Em test^o da verdade.

Nereide Maria dos Santos
Nereide Maria dos Santos - Substituta

Empl. R\$ 3,63 - TSNR R\$ 0,73 - Total R\$ 4,36 Op.: 39

Consulte autenticidade em: www.dps.pe.gov.br/nota

Bel. CARRIO TOROADO



JS.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JAN. 2017

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