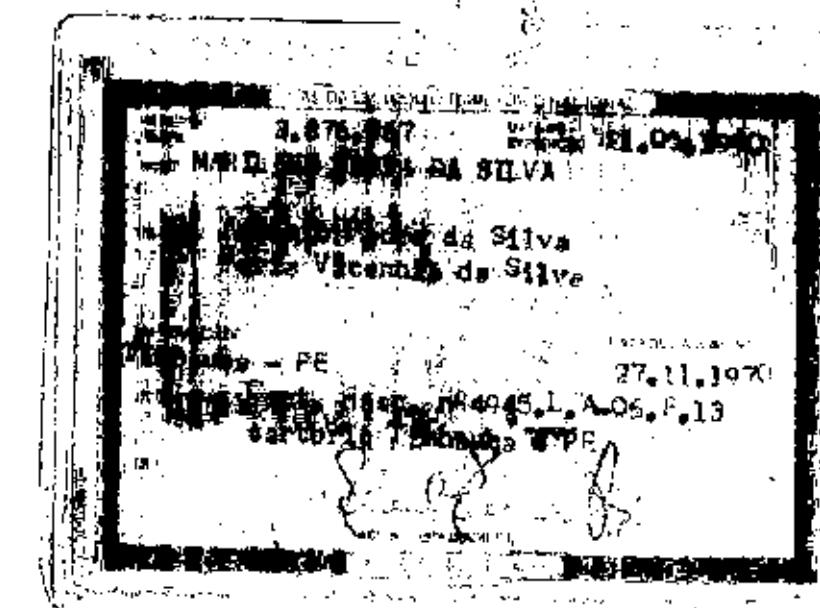
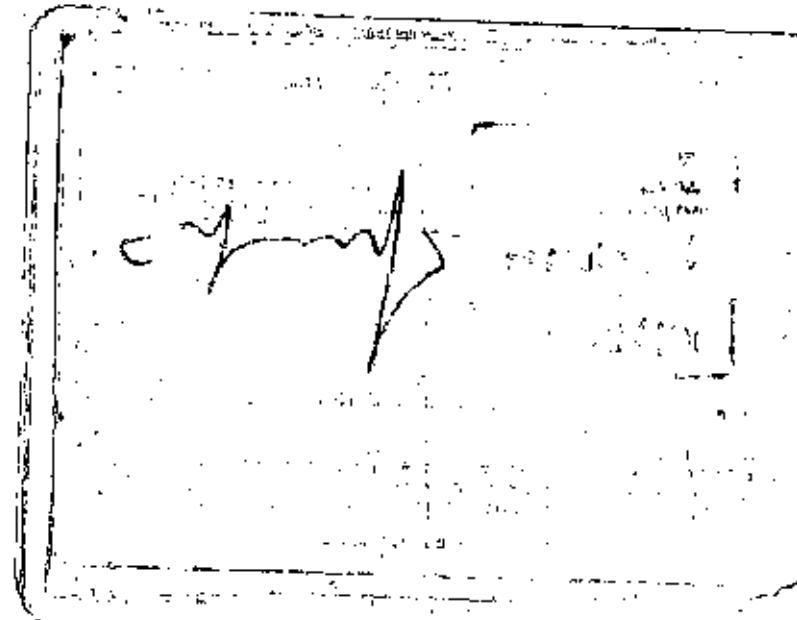
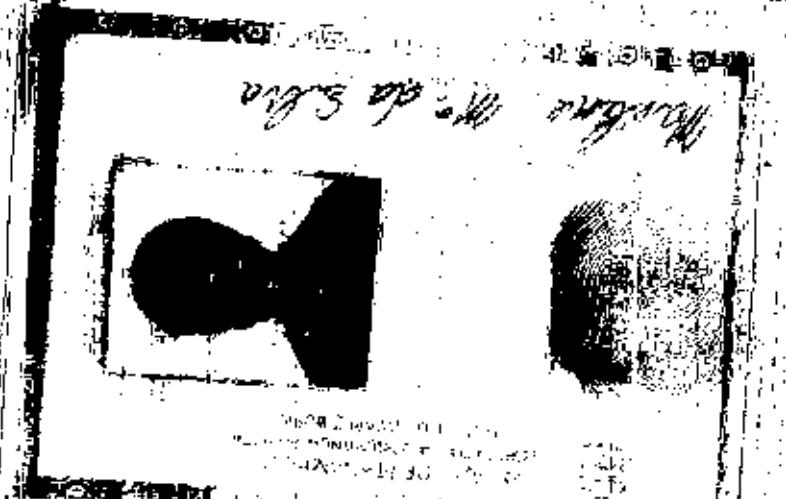


795 149 104 78

Nº 00127

Maria da Silva



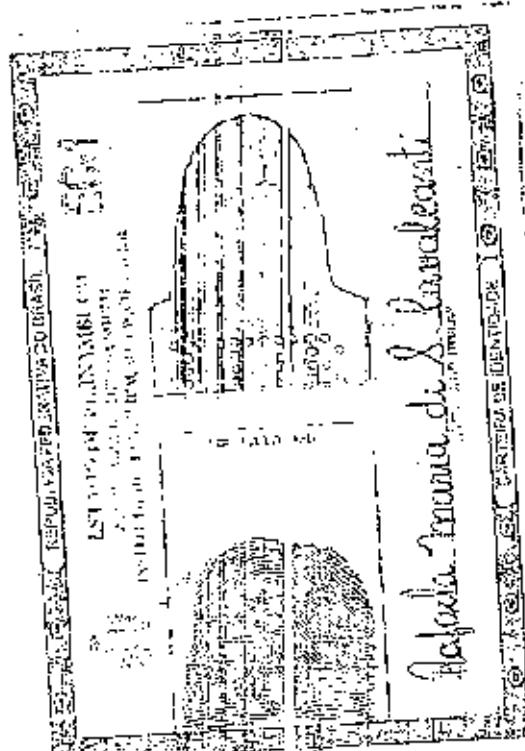


Comissão de Inovação e Desenvolvimento

VALOR DA VIDA EN 1990 O TERRITÓRIO NACIONAL
CNPJ 7.786.638 DIA 10/02/2014
NOME: « RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI »>
PESO: «
NOME: « JOSE MANOEL DE SANTANA »>
NOME: « MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA »>
NATURAL PRED: ATACADO E VAREJO
VICÉNCIA - PE 24/12/1986
ENDERECO: « 0760340155 2013 2 00015 037
00049144 10 VICÉNCIA PE »>
CNPJ: 086.005.684-60



0012



Rosângela Maria de Oliveira Cavalcanti

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
CPF	7.788.638
DATA EXPEDIÇÃO 10/02/2014	
NOME	
<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>	
PESO	
<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>	
<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>	
LUGAR DE EMISSÃO	ATAS DE INSCRIÇÃO
VICÊNCIA - PE	24/12/1986
0004944-10 VICÊNCIA PE	
086.005.684-80	
0004944-10 VICÊNCIA PE	
086.005.684-80	

00 300 2011

CIS

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RÔBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data: 28/02/2017

Pág.: 1

Relatório de Veículo

PLACA: PEW12788 - UF: PE - RENAVAM: 255792024

CHASSI: 9G2KC16ZDAR054007

Características Básicas:

TIPO: MOTOCICLETA MARCA/MODELO: HONDA CG 150 TITAN MAXES
ESPECIE: PAS COR: VERMELHA
ANO/FAB/MODELO: 2010/2010 COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL.

Dados do Proprietário:

CPF/CNPJ: 00000000000
PROPRIETÁRIO: DANIËLLE MARIA DA SILVA

Endereço do Proprietário:

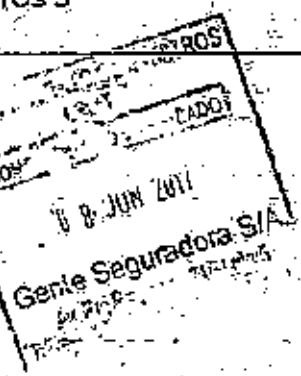
LOGRADOURO: PRÄA LUIZ PORFIRIO PESSOA MUNICÍPIO: EMBUABA
COMPLEMENTO: CASA 4 CEP: 55570000
BAIRRO: CENTRO UF: PE

Debitos:

IPVA: SIM VALOR: 1.965,66
ALUGAMENTO: SIM VALOR: 765,00
MULTAS: NÃO

Restrições Gerais:

RESTRIÇÃO: VAL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RÔBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data: 28/02/2017

Pág.: 1

Relatório de Veículo

PLACA: PEW12788 - UF: PE - RENAVAM: 255792024

CHASSI: 9G2KC16ZDAR054007

Características Básicas:

TIPO: MOTOCICLETA MARCA/MODELO: HONDA CG 150 TITAN MAXES
ESPECIE: PAS COR: VERMELHA
ANO/FAB/MODELO: 2010/2010 COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL.

Dados do Proprietário:

CPF/CNPJ: 00000000000
PROPRIETÁRIO: DANIËLLE MARIA DA SILVA

Endereço do Proprietário:

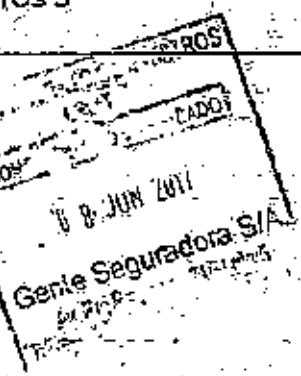
LOGRADOURO: PRÄA LUIZ PORFIRIO PESSOA MUNICÍPIO: EMBUABA
COMPLEMENTO: CASA 4 CEP: 55570000
BAIRRO: CENTRO UF: PE

Debitos:

IPVA: SIM VALOR: 1.965,66
ALUGAMENTO: SIM VALOR: 765,00
MULTAS: NÃO

Restrições Gerais:

RESTRIÇÃO: VAL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170318142 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILENE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 30/01/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE 4º PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170318142 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILENE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 30/01/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE 4º PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170318142 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILENE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 30/01/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 4º PODODÁCTILO DIREITO
APRESENTAVA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 4º PODODÁCTILO DIREITO EM 10°, AUMENTO DE VOLUME (1 /4) EM FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 4º PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM A REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA, SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 4º PODODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/10/2017

Conduta mantida:

Observações: *MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170318142 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARILENE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 30/01/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 4º PODODÁCTILO DIREITO
APRESENTAVA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 4º PODODÁCTILO DIREITO EM 10°, AUMENTO DE VOLUME (1 /4) EM FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 4º PODODÁCTILO DIREITO

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM A REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA, SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 4º PODODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/10/2017

Conduta mantida:

Observações: *MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: TIAGO MARTINS FORMIGA

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



00267
Documentos de uso restrito

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

1. OUTORGANTE: Mariâleno Mariano Soárez, Portador do documento de identidade nº 3.876.067, expedido por 3.881.26 inscrito no CPF sob o nº 7.951.491.047-78, residente na Rua Praça Lucas Paes de Souza.
2. OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTE, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 4.988.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto à Seguradora conveniada à Seguradora Lider, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Conto também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO:

Local e Data: Timbaúba, 9 de maio de 2017.

Outorgante: Mariâleno Mo. da Silva

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba SEL ANTONIO ALVARES CUTINHO N° 10 - Titular
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS MARIA JOSE INOCENCIO AGUIAR DE LIMA - Substituto
Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro - Timbaúba - PE CEP 55.070-000 - Fone: (81) 3031-1099 - E-mail: carlosantonio@uol.com.br

Reconheço, por AUTENTICIDADE a firma de MARIâLEN MARIA DA SILVA.
Timbaúba/PE, 09/05/2017 11:43:00% referido é verdade. Dou fé,
Enolumentos: R\$ 3,49 TSR: R\$ 0,78 Total: 4,66. - N25314-4

Maria Danielle da Silva - Escrivente
Selo digital: 0150730.JP004201701.02530
Consulte a autenticidade em: www.tipe.jus.br/seledigital

8.5.2017



00267
Documentos de uso restrito

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

1. OUTORGANTE: Mariâlene Mariano Souza, Portador do documento de identidade nº 3.876.067, expedido por 3.881.26 inscrito no CPF sob o nº 7.951.491.047-78, residente na Rua Praça Iunes paulista
Belo Horizonte.
2. OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTE, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 4.988.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na cidade de Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto à Seguradora conveniada à Seguradora Lider, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Conto também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO:

Local e Data: Belo Horizonte, 9 de maio de 2017.

Outorgante: Mariâlene Mariano da Silva

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba - SEL ANTÔNIO ALVARES COUTINHO N° 20 - Titular
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS - MARIA JOSE INOCENTE AGUIAR DE LIMA - Substituto
Av. Antônio Alves Lima, 54 - Centro - Timbaúba - CEP 55.070-000 - Fone: (81) 3211-1099 - E-mail: carlosantonio@uol.com.br

Reconheço, por AUTENTICIDADE a firma de MARIÂLENE MARIA DA SILVA.
Timbaúba/PE, 09/05/2017 11:43:00% referido é verdade. Dou fé,
Enolumentos: R\$ 3,49 TSR: R\$ 0,78 Total: 4,66. - N25314-4

Maria Danielle da Silva - Escrivente
Selo digital: 0150730.JP004201701.02530
Consultá a autenticidade em: www.tipe.jus.br/seledigital

8.5.2017

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta nº: 11148982

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170318142 ASL-0221258/17

Vitima: MARILENE MARIA DA SILVA

Data Acidente: 30/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta nº: 11149214

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170318142 ASL-0221258/17

Vitima: MARILENE MARIA DA SILVA

Data Acidente: 30/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11556832

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

Sinistro: 3170318142 ASL-0221258/17
Vítima: MARILENE MARIA DA SILVA
Data Acidente: 30/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº: 11609979

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170318142 ASL-0221258/17

Vitima: MARILENE MARIA DA SILVA

Data Acidente: 30/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta n°: 11897643

A/C: MARILENE MARIA DA SILVA

Sinistro: 3170318142 ASL-0221258/17
Vitima: MARILENE MARIA DA SILVA
Data Acidente: 30/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

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: MARILENE MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000877

Conta: 0000055656-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: 3170318142 - 2
Nome do(a) Examinado(a): MARILENE MARIA DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): PRACA LUIZ PORFIRIO PESSOA nº 76 - CENTRO - TIMBAUBA/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 3876067 - SSP
Data local do exame: 23/10/2017 GOIANA/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO 4º PODODÁCTILO DIREITO

APRESENTAVA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO 4º PODODÁCTILO DIREITO EM 10°, AUMENTO DE VOLUME (1+/4+) EM FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM A REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA, SEM COMPLICAÇÕES.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 4º PODODÁCTILO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

4º PODODÁCTILO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

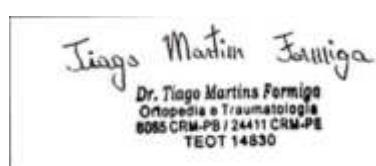
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - GOIANA, 23/10/2017

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:24411/PE



I N° DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Marilyne Maria da Silva

PORTADOR(A) DO RG N° 3.876.067 EXPEDIDO POR SSP / PE EM 21/05/1990

CPF 9.951.749.104-8 CNPJ _____ PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE SEU(RO)CARGO(A) OU VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGUNDO DPVAT DA VÍTIMA Marilyne Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2013, que traz aprovado a Inovação de direito no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse cadastro deve conter, entre os documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal.

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

- Conta salarial ou benefício - nos documentos disponíveis termos tal como: IMSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salarial ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos disponíveis termos tal como: EMP ou ME, ME (micro empresa) ou UPA;
- Conta conjunta quando o beneficiário é/vítima não for titular;
- Conta banc FÁCIL, atencendo para a limitação de movimentação financeira mensal;
- Conta banc FÁCIL operação 013 da CEF (Caixa Econômico Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Letrísticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em pré-pagá (nesta situação revoga-se a aceitação da 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 RFB EITA FEDERFAC: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima /beneficiários";

IMPORTANT: Também não devem ser apresentados documentos que comprovam 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 CREDITO EM CONTA CORRENTE TODOS OS BANCOS*

N° do BANCO _____ N° de AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° de CONTA (com dígito, se existir) _____

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

N° do BANCO Caixa N° de AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0839 N° de CONTA (com dígito, se existir) 00.055.656-5 ✓

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA PROPRIEDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DE CRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E HOUJO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Terminada 22 de Maio de 2017 Marilyne M. da Silva

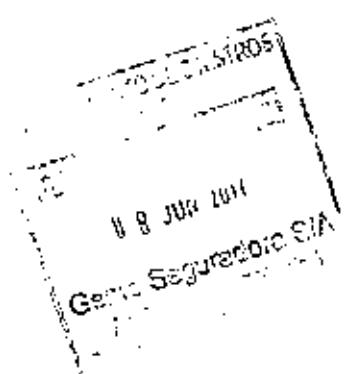
LICENCIADA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT paga a indenização de R\$13.500,00 (R\$ treze mil e cinco reais) uma vez que seja legal ao beneficiário, obedecendo alegações de que o sinistro seja de natureza acidental, intencional de até R\$13.500,00 em caso de morte ou invalidez permanente, ou que seja considerado de menor gravidade das segundas e de menor intensidade de seguro prevista na legislação, ou seja de menor valor que R\$ 2.700,00 em caso de despesas hospitalares.

Para mais detalhes sobre o processo de resolução de pedido de indenização, entre em contato com a sua agência ou diretamente com a SAC DPVAT 0800-11071114.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Automobiles in general

| N° DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 tinta e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

E.U. marilene maria da silva

POR TADOR(A) DO RG N° 3.876-067 EXPEDIDO POR SSP / PE EM 21/05/1990

CPF 21951169704-8 / CNP

E RENDA MENSAL DE R\$ () NA QUALIDADE DE SEU(AS) CEGO(A) OU VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO CPVAT DA VITIMA Maurice Maria da Silva, AUTORIZO A SEGURODORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO CPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACO ,DO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS,

(*) A Circular Susep nº 1415/2013, que trata em prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a fornecerem cadastro de todas as pessoas envolvidas na operação. Esse cadastro deve conter, entre outros documentos de identificação pessoal, informações acerca da renda e da fonte de renda (mês).

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembrar-se que os descontos e as equivalências não devem, de forma alguma, ser apresentados

- Conta salário-avou benefício - n.ºs documentos diferentes (termos tais como: IMSS ou PREVIR/INSTITUIÇÃO SOCIAL ou Salário ou Funcionário);
 - Conta Empresarial - nos documentos aparecerão termos tais como: CNPJ ou ME (micro empresa) ou UPA;
 - Conta conjunta quando o beneficiário não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, intencional para o débito imediato à vista mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 025 da CEF (Caixa Económica Federal);
 - Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Letrísticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em preposta (neste momento revoga-se a aceitabilidade da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancário);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido e pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECAFFELIAL www.receita.fazenda.gov.br/), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósitos;
 - Contas não pertencentes à vítima /beneficiários;

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovam 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 informações de código de segurança.

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE TODOS OS BANCOS*

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

PARA CREDITO EM CONTA PONTO PÁGINA "SOMENTE BANCOS SEBAC E CO. ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL".

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.05.56.56-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA PROPRIEDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DE CRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU CONSIDERADO COMO PAGADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Tomada a 22 de maio de 2017 por Marlene M. da Silva
ASSINATURA DO PIMENTEL

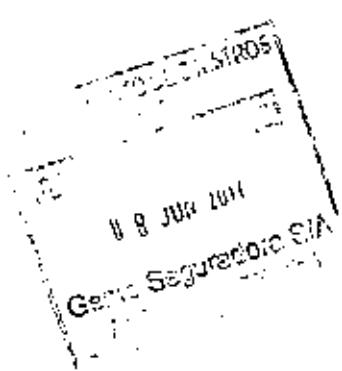
LOL1, § 22 A

ISSUE 100 BUSINESS



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT paga no total a quantia de R\$13.500,00 (R\$ 13 mil e cinquenta reais) em uma única vez legal, no valor da contribuição feita, deduzindo a taxa de seguro de R\$ 1.000,00 (R\$ mil reais), que é o valor da taxa de seguro de acidente, restando-lhe de até R\$12.500,00 (R\$ 12 mil e cinquenta reais) o que ainda pode ser pago, caso o segurado não tenha direito ao auxílio-doença ou ao auxílio-moradia.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

700142

Outro

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Marilyne Maria da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.876.067

EXPEDIDO POR SERIPE

EM 21/05/1990

CPF 8.951.491.04-38 (CPF)

PROFISSÃO RELUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGUNDO DPVAT DA VÍTIMA Marilyne Maria da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAS DO PRESTADAS.

(*) A Circular Suzepe nº 145/2011, que traz a da prevenção à lavagem de dinheiro no instâncio segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas na pagamento de indenizações. Esse cadastro deve constar, 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 ALÉM devem, de forma simultânea, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou SALÁRIO FAMILIAR ou SALÁRIO PROFISSIONAL. EVITE DEDO NÃO VERIFICADO
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, mencionar para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em pré-pagá (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com comprovação dos dados bancário);
- CPF do beneficiário/vítima inválido e pendente de regularização ou cancelado (recomendando 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 débitos 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 CREDITO EM CONTA CORRENTE TODOS OS BANCOS:

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

PARA CREDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):
Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0078 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00-055656-5

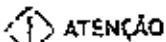
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENTIONADA É DE MINHA PROPRIEDADE, USA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DE CRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU CONSENTO PARA O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Torabuila 22 de maio de 2017.

Marilyne Maria da Silva

LOCAÇÃO DA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO
O Seguro DPVAT paga de indenização de R\$13.500,00 (em reais) e não paga mais que 100% do valor pago aos beneficiários, obedecendo a legislação vigente.
O Seguro DPVAT paga de indenização de até R\$13.500,00 em caso de óbito, expedito ante morte, que não inclui a quantia das丧葬费 (de acordo com a legislação vigente).
O Seguro DPVAT paga de indenização de até R\$13.500,00 em caso de despesas medicina-hospitalares.
O Seguro DPVAT paga de indenização de até R\$13.500,00 em caso de óbito, expedito ante morte, que não inclui a quantia das丧葬费 (de acordo com a legislação vigente).



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

Options

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO SEGURO

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, marilene maria da silva

POR TADOR(A) DO RG N° 3.876.064 EXPEDIDO POR SSP-1 PE EM 21/05/1990
CRP 8 (22-048-004-001-0) PELA S.P.

PROFISSÃO: **SECRETÁRIO**

E RENDA MENSAL DE RS. 200,00 () NA QUALQUER DE GESTÃO EXCELENTE DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA Maurício Ferreira da Silva, AUTORIZO A SEGUROADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CREDITO DE ACO DO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS.

¹ (*) A Circular Suzeq nº 145/2011, que traz 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 reembolso. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprodução de um pagar, lembre-se que os documentos são vinculados, de forma permanente, ao pagamento.

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
 - Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atencão para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 013 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta PCOLIPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotânicas com limite de movimentação financeira m-
 - Conta bloqueada, inativa ou em prazo (nestes momentos revogar-se-á a aceitação de proposta de abertura de comprobatório dos dados bancário);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido e pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta);
 - Contas não pertencentes à vítima /beneficiários;

AL-01-SALVADOR-FONTELEIRAS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 118 Log. 3
Cachoeira-Rio Pardo PE CEP 52010-000

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que remetem 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 crédito ou segurança.

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE TODOS OS BANCOS

Nº da AGF-HCTA (com dígitos se existir) _____ Nº da CONTA (com dígitos, se existir) _____

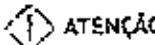
PARA CREDITO EM CONTA PIGUERANICA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL)

Nº de BANCO **Caixa** Nº da AGÉNCIA (com dígito, se existir) 08397 N.º da CONTA (com dígito, se existir) 00-055656-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENTIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DE CRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU CONSENTO PARA O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Tumbauira 22 de maio de 2017.
LOLA LEOPA

ASSISTÊNCIA AO BENEFICIÁRIO



O Seguro DPVAT paga de indenizações de R\$13.500,00 em caso de morte ou invalidez permanente, obedecendo à legislação vigente, e de aposentadoria, intensidade de até R\$13.500,00 com base em 100% do salário contribuinte, ou que seja, no caso da aposentadoria de seguro prevista na lei nº 1.195, de 1951, ou no caso de despesas médico-hospitalares.

365932

Buletim de Ocorrência



100017



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAÚBA -
046º CIRC DINTER/11º DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 17 E 0136000714

Ocorrência registrada neste unidade policial no dia 15/04/2017 às 14:39

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumador) que aconteceu no dia 30/1/2017 no período da Tarde

Tipo de Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - MUNICÍPIO DE TIMBAÚBA, 4 - Bairro: CENTRO -
TIMBAÚBA/PERNAMBUCO/BRAZIL
Local da Ocorrência: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:
DANIELLE MARIA DA SILVA (AUTOR) /
MARILENE MARIA DA SILVA (VITIMA)
MOTOCICLETA (Veículo)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

MOTOCICLETA (Veículo) que estava em posse de(s) DANIELLE MARIA DA SILVA

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

MARILENE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Seu. Feminino - 26 MARIA
VICÉNCIA DA SILVA - Seu. ANTONIO PEDRO DA SILVA (data da nascim: 07/05/1978)
Residência: TIMBAÚBA - PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço: Rua 111 PRACA LUIZA PORFIRIO PESSOA, 1 - CEP: 5 - bairro: CRISTALINO -
TIMBAÚBA - PERNAMBUCO - BRASIL

DANIELLE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Seu. Feminino - 26 MARIA
VICÉNCIA DA SILVA (data da nascim: 07/05/1978) - NAO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Seu. Desconhecido - Gênero: Masculino - NAO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade de(s) Seu. DANIELLE MARIA DA SILVA.
que está com os seguintes ouros: Seu. MARILENE MARIA DA SILVA

DATA: 07/07/2011 - HORÁRIO: 10:00:00 - UNIDADE: 00000000000000000000

PLACA: PV-01 MOTOCICLETA HONDA CG 150 150CC 4V 2009
COR: VERMELHA - N.º 100... (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Nº DE REGISTRO DEVE SER: 155752024
162KC1620AR064997
DATA: 07/07/2011 - HORÁRIO: 10:00:00 - UNIDADE: ALCO.GASOL

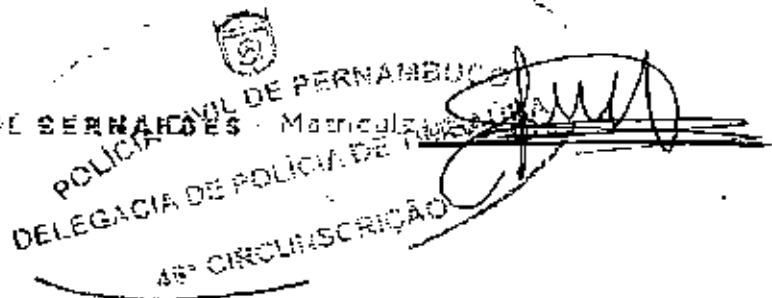
Cumplemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, VINHA TRANSITANDO PELAS RUAS DO BAIRRO DE TURMALINHA, QUANDO AO ENTRAR EM UMA RUA PERDEU O CONTROLE DA MOTO ELETRA E CAIU AO SOLO. NÃO SABE DIZER EXATAMENTE O QUE A FEZ PERDER O CONTROLE, ALÉM DISSO, FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UPA LOCAL, ONDE RECEBEU OS ATENDIMENTOS NECESSARIOS E FOI CONSTATADA UMA FRATURA NO PÉ DIREITO.

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

Mariene M. da Silva
MARILENE MARIA DA SILVA
(VITIMA)

E O registrado por: LUZIA ELZA MAGIÈ SERNHACÉS - Matrícula: 10000000000000000000



09/07/2011

365932

Buletim de Ocorrência



100017



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAÚBA -
046º CIRC DINTER/11º DESEC**

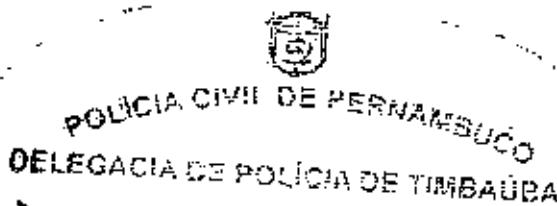
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 17 E 0136000714

Ocorrência registrada neste unidade policial no dia 15/04/2017 às 14:39

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumador) que aconteceu no dia 30/1/2017 no período da Tarde

Tipo de Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - MUNICÍPIO DE TIMBAÚBA, 4 - Bairro: CENTRO -
TIMBAÚBA/PERNAMBUCO/BRAZIL
Local da Ocorrência: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:
DANIELLE MARIA DA SILVA (AUTOR) /
MARILENE MARIA DA SILVA (VITIMA)
MOTOCICLETA (Veículo)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

MOTOCICLETA (Veículo) que estava em posse de(s) Sra. DANIELLE MARIA DA SILVA

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

MARILENE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Seu. Feminino - Seu. MARIA
VICÉNCIA DA SILVA - Seu. ANTONIO PEDRO DA SILVA (data da nascença: 07/05/1978)
Endereço: TIMBAÚBA - PERNAMBUCO - BRASIL
CEP: 56200-000 - PRACA LUIZA PORFIRIO PESSOA, 1 - GEP: 9 - bairro: CRUZEIRO -
TIMBAÚBA - PERNAMBUCO - BRASIL

DANIELLE MARIA D ASILVA (não presente ao plantão) - Seu. Feminino - Seu. MARIA
VICÉNCIA DA SILVA (data da nascença: 01/01/1992) - Seu. Desconhecido - Seu.
Endereço: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Seu. Desconhecido - Seu.
Endereço: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade de(s) Seu. DANIELLE MARIA D ASILVA.
Seu. ESTA A VENDA DESDE ONDE: Seu. MARILENE MARIA DA SILVA

DATA: 07/07/2011 - HORÁRIO: 10:00:00 - UNIDADE: 00000000000000000000

PLACA: PV-01 MOTOCICLETA HONDA CG 150 150CC 4V 2009
COR: VERMELHA - N.º 100... (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Nº DE REGISTRO DEVE SER: 155752024
162KC1620AR064997
DATA: 07/07/2011 - HORÁRIO: 10:00:00 - UNIDADE: ALCO.GASOL

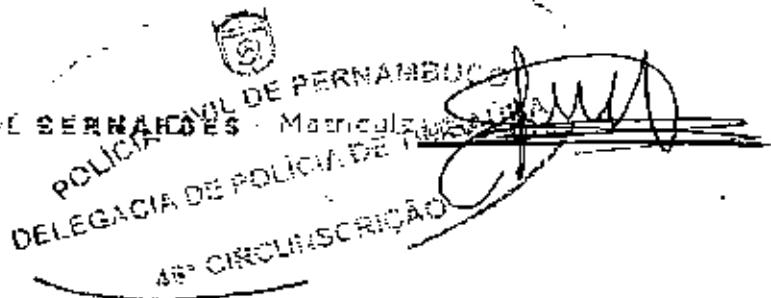
Cumplemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, VINHA TRANSITANDO PELAS RUAS DO BAIRRO DE TURMALINHA, QUANDO AO ENTRAR EM UMA RUA PERDEU O CONTROLE DA MOTO ELETRA E CAIU AO SOLO. NÃO SABE DIZER EXATAMENTE O QUE A FEZ PERDER O CONTROLE, ALÉM DISSO, FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UPA LOCAL, ONDE RECEBEU OS ATENDIMENTOS NECESSARIOS E FOI CONSTATADA UMA FRATURA NO PÉ DIREITO.

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

Mariene M. da Silva
MARILENE MARIA DA SILVA
(VITIMA)

E O registrado por: LUZIA ELZA MAGIÈ SERNHACÉS - Matrícula: 10000000000000000000



09/07/2011

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Mariâlene Maria da Silva, portador da carteira de identidade nº 3.896.067 e inscrito no CPF/MF sob o nº 995.149.104-38, residente e domiciliado na Rua Luiz Porfírio Pessoa, N° 96, Cidade Timbaúba, 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 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mariâlene M. da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbaúba, 22 de maio de 2013

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Mariâlene Maria da Silva, portador da carteira de identidade nº 3.896.067 e inscrito no CPF/MF sob o nº 995.149.104-38, residente e domiciliado na Rua Luiz Porfírio Pessoa, N° 96, Cidade Timbaúba, 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 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mariâlene M. da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Timbaúba, 22 de maio de 2013

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA
S.M.S.: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

Data: 11/12/2011

Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO COUTINHO E MAT D PRIMITIVA

Hora:

01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO

Atendimento nº

Nome do Usuário:

MARILENE MARIA DA SILVA

Cartão SUS:

Data Nascimento: Idade:

24/11/40

Nº Prontuário

Mãe:

Sexo:

F

Nº Grp Familiar

Logradouro:

Nº 76

Complemento:

Bairro/Localidade:

PROF. LUIZ PORFIRIO TIMBAUBA

Município:

U.F.:

Telefone:

Clínica:

Data:

Hora:

Motivo da procura:

QEDA DE MOTO

Rubrica Servidor:

30/01/17

Assinatura do Paciente:

02 - ACOLHIMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Assinatura:

Classificação:

03 - ANAMNESE:

frat d 43 2009

04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____

05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

11 JUN 2011

() Radiológico:

() EOG () Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CD:

Conduta: () Medicção () Observação () Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Saída: Data/Hora ____ / ____ / ____ às ____ : ____ h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital

JACQUELINE SILVA CAVALCANTI
CRM-PE 7825
CRM-PE 13452



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA
S.M.S.: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

Data: 11/12/2011

Unidade de Saúde: HOSP MUNIC DR JOAO COUTINHO E MAT D PRIMITIVA

Hora:

01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO

Atendimento nº

Nome do Usuário:

MARILENE MARIA DA SILVA

Cartão SUS:

Data Nascimento: Idade:

24/11/40

Nº Prontuário

Mãe:

Sexo:

F

Nº Grp Familiar

Logradouro:

Nº 76

Complemento:

Bairro/Localidade:

PROF. LUIZ PORFIRIO TIMBAUBA

Município:

U.F.:

Telefone:

Clínica:

Data:

Hora:

Motivo da procura:

QEDA DE MOTO

Rubrica Servidor:

30/01/17

Assinatura do Paciente:

02 - ACOLHIMENTO () Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Assinatura:

Classificação:

03 - ANAMNESE:

frat d 43 2009

04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____

05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

() Laboratório:

11 JUN 2011

() Radiológico:

() EOG () Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CD:

Conduta: () Medicção () Observação () Laudo para AIH

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Saída: Data/Hora ____ / ____ / ____ às ____ : ____ h. () Alta referido para UBS () Óbito

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital

JACQUELINE SILVA CAVALCANTI
CRM-PE 7825
CRM-PE 13452

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILENE MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 00000055656-5

Nr. da Autenticação A9316B6FAC355B51

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILENE MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 00000055656-5

Nr. da Autenticação A9316B6FAC355B51



Documento de Identificação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marilene Maria da Silva,RG nº 3.836.067, data de expedição 21/05/2010 Órgão SSP / PTCPF nº 995.149.104-38, venho perante o este instrumento declarar que não possuo comprovação 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>Rua Luiz Porfirio Pessoa</u>
Número	<u>36</u>
Apto / Complemento	<u></u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.830-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firme-me.

Local e Data:

Timbaúba, 27 de maio de 2013Assinatura do Declarante: Marilene M. da Silva*VZ JCA 001*



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.425, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTÁ DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. Afonso de Albuquerque, 1111, Boa Vista, Recife/PE 50001-002
CNPJ 10.833.932/0001-09 Insc. Est. 0025943-43 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ETAGILDO FELICIANO DE ARAUJO

ENVIAMENTO DA UNIÃO/DO CONSULTORIA
PC LUIZ PORFIRIO PESSOA 76

CPF: 135 779.304-97

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA, PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Município

CONTÁ CONTRATO 0251189019 04/2017

ER DA NOTA FISCAL MÊS DATA FIM
00046983 UNICA 05/04/2017
APRESENTAÇÃO ER DO CLIENTE DATA EMISSÃO
05/04/2017 7001917987 28/03/2017

DATA SOLICITADA DATA DE PAGAMENTO
12/04/2017 05/05/2017

VALOR FIM DE 19,33

DETALHAMENTO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(Wh)	30.0000000	0,43397887	13,01
Atribuição Bandeira AMARELA		0,50	0,50
Atribuição Bandeira VERMELHA		0,18	0,18
Descrição Itemização da Fatura		1,18	1,18
ICMS Subvenção CDE-UF 000587818-000 1/17		0,16	0,16
Multíper ativo-MF 00007650 - 05/08/18		0,77	0,77
Multíper consumo-MF 000001000 - 05/08/18		0,01	0,01
PRO-CRANÇA-08713413-6900085003 6298		3,00	3,00

TOTAL DA FATURA

19,33

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
MÊS	OPERAÇÃO	FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MÊS	OPERAÇÃO	CONSUMO (WH)
ABR18	ABR18	DATA	00046983	05/04/2017	ABR18	ABR18	229

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO				VALORES DE REFERÊNCIA	
MÊS	OPERAÇÃO	FUNÇÃO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO IMPÔTO	VALOR TOTAL
ABR18	ABR18	DATA	229	0,00	0,00
MAR18	MAR18	DATA	1000	0,00	0,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00	12,00
OUT18	OUT18	DATA	12,00	0,00	12,00
SET18	SET18	DATA	12,00	0,00	12,00
AGO18	AGO18	DATA	12,00	0,00	12,00
ABR18	ABR18	DATA	12,00	0,00	12,00
MAR18	MAR18	DATA	12,00	0,00	12,00
FEV18	FEV18	DATA	12,00	0,00	12,00
JAN18	JAN18	DATA	12,00	0,00	12,00
DEZ17	DEZ17	DATA	12,00	0,00	12,00
NOV18	NOV18	DATA	12,00	0,00</	



Documento de identificação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marilene Maria da Silva,RG nº 3.836.067, data de expedição 21/05/2010 Órgão SSP / PTCPF nº 995.149.104-38, venho perante o este instrumento declarar que não possuo comprovação 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>Rua Luiz Porfirio Pessoa</u>
Número	<u>36</u>
Apto / Complemento	<u></u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.830-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firme-me.

Local e Data:

Timbaúba, 27 de maio de 2013Assinatura do Declarante: Marilene M. da Silva*VZ JCA 1011*



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.425, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTÁ DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. Afonso de Albuquerque, 1111, Boa Vista, Recife/PE 50000-002
CNPJ 10.833.932/0001-09 Insc. Est. 0025943-43 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ETAGILDO FELICIANO DE ARAUJO

ENVIAMENTO DA UNIÃO/DO CONSULTORIA
PC LUIZ PORFIRIO PESSOA 76

CPF: 135 779.304-97

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA, PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Município

CONTÁ CONTRATO 0251189019 04/2017

ER DA NOTA FISCAL MÊS DATA FIM
00046983 UNICA 05/04/2017
APRESENTAÇÃO ER DO CLIENTE DATA EMISSÃO
05/04/2017 7001917987 28/03/2017

DATA SOLICITADA DATA DE PAGAMENTO
12/04/2017 05/05/2017

VALOR FIM DE 19,33

DETALHAMENTO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(Wh)	30.0000000	0,43397887	13,01
Atribuição Bandeira AMARELA		0,50	0,50
Atribuição Bandeira VERMELHA		0,18	0,18
Descrição Itemização da Fatura		1,18	1,18
ICMS Subvenção CDE-UF 000587818-000 1/17		0,16	0,16
Multíper ativo-MF 00007650 - 05/08/18		0,77	0,77
Multíper consumo-MF 000001000 - 05/08/18		0,01	0,01
PRO.CRIANÇA-08713413-6900085003 6298		3,00	3,00

TOTAL DA FATURA

19,33

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
MÊS	OPERAÇÃO	FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MÊS	OPERAÇÃO	CONSUMO (WH)
ABR18	ABR18	DATA	00046983	05/04/2017	ABR18	ABR18	229

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO				VALORES DE REFERÊNCIA	
MÊS	OPERAÇÃO	FUNÇÃO	VALOR	VALOR DO	VALOR DO
ABR18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
MAR18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
FEV18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
JAN18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
DEZ18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
NOV18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
OUT18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
SET18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
AGO18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
ABR18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
JUN18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
MAI18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887
ABR18	ABR18	DATA	05/04/2017	0,43397887	0,43397887

DETALHAMENTO DE CONSUMO
VALORES DE REFERÊNCIA
VALOR DO CONSUMO (WH) 19,33
VALOR DO PRECO UNITARIO 0,43397887
VALOR DO PRECO TOTAL 8,32
VALOR DO ICMS 0,01
VALOR DO MULTIPLO 0,77
VALOR DO MULTICO 0,01
VALOR DO PROBLEMA 1,18
VALOR DO SUBVENCAO 0,16
VALOR DO TAXA 3,00
VALOR DO TURBO 0,50
VALOR DO VERSO 0,18

As informações gerais:
Manutenção Operacional Ativa,
03 consumos, 03 horas, 03 dias.
Somente prestar a atenção na
etiqueta, é necessário que
o cliente, respeite as regras de
conduta para o
www.celpe.com.br

88 JUN 01

DETALHAMENTO DE CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ICMS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PROBLEMA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Valor ICMS 0,00 - Valor do ICMS é zero no Sistema de Distribuição - R\$ 0,00

NOTA CONTRATUA 428400 DATA DE VENCIMENTO 05/05/2017 TOTAL A PAGAR R\$17



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Covalcanti,

RG nº 9988638, data de expedição 10/02/2014 Órgão SOS IPE,

CPF nº 086.005.684-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovação 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>Rua José Camiliano</u>
Número	<u>1A</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>53846-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-9413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, firme-me:-

Local e Data: Buenos Aires

Assinatura do Declarante:

Rafaela Maria de S. Covalcanti



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Covalcanti,

RG nº 9988638, data de expedição 10/02/2014 Órgão SOS IPE,

CPF nº 086.005.684-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovação 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>Rua José Camiliano</u>
Número	<u>1A</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>53846-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-9413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, firme-me:-

Local e Data: Buenos Aires

Assinatura do Declarante: Rafaela Maria de S. Covalcanti

Técnicas de Análisis de la Energía Eléctrica: Estudio de la Ley de Ohm y la Ley de Kirchhoff

Micronatura Consultoria Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bem Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.815.842/0001-08 | Inscrição Estadual: 00000442-93 | e-mail: micronatura@micronatura.com.br

SEVIRI & D'AVANIA DE FERRAS

ESTATE PLANNING CENTER INC.
P.O. BOX 17 MILANO, IL

CPF 036-832-044-34

CONTRO-BEJAOS AIPES
BUENOS AIRES PT
15445-000

99.123-2000-00
83 CONVENTO
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Nenhum(a)

2659845019 04/2017

PF DA NOTA FISCAL	007804731	Nº CDA	UNICA	DATA	24/04/2017
APRESENTACAO	24/04/2017	PF-06-CLIENTE	2017042404	PF-04-ESTABALCIO	4.773,00

DATA DE VENCIMENTO
02/05/2017

ESTRATEGIA | IP 06 Clientes | IP 04 ESTADÍSTICAS
24/04/2011 | 201104232014 | 17/04/2011

19-22

19,23

	QUANTIDADE	PREÇO UN	TOTAL (R\$)
Certame Acapujo;	30,000000	0,63799842	19,13
Acessorio Bandeira Andor PFLA			0,20
Acessorio Bandeira VERMELHA			0,57
Centro de Bemestar da Publica			1,48
ICMS Subvençao-CDE-NF 00273070-2013217			0,34
4,34 por alcool-NF 002680582-2367117			0,77

TOTAL FA FAIURA

19.23

De 1 a 10 de Agosto de 2009, realizou-se o II SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÕES E PESQUISAS NA ÁREA DA EDUCAÇÃO, na UFSCar, Campus São Carlos, São Paulo, Brasil.

1980-1981

CATEGORIA	VALOR MÉDIO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	VALOR MEDIANO	TOMADA NOMINAL (M)	VALORES DE COMPARAÇÃO	
						MÍNIMO	MÁXIMO
MAJADE DA MATA	0,02	0,17	1,07	0,07	220	192	234
FORRA DE SERRA	0,03	0,13	0,73	0,03	220	192	234
FORRA DE SERRA	0,03	0,13	0,73	0,03	220	192	234

卷之三十一

3281-1367(199303)1:1;1-2

Consumismo



 celpe
Gesellschaft für
Elektroenergiemarkt

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.453 de 28/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - COTAS DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

**REGISTRO DA UNIDADE CONSULTIVA
PC LUIZ POMERANTZ PESSOA, 16**

CFN: 135-178-30a-97

DENTRO/TIMBALBA
TIMBALBA.PE

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Km 300

0251199019 04/2017

INFRA-ESTATÍSTICA
000468483

12/04/2017

16 JUL 2011

Ent. Segundo SA

第十一章

СЕМОНІВ РАЙОН ОС СОЮЗНОГО ВІДВА МОЛ - ІІІ

Categorías de consumo		ESTIMACIONES DE TENDENCIA		
		Datos en CALCULO	S.	VALOR DE APROX.
ABR'17	33			
MAR'17	32			
FEV'17	30			
JAN'17	34			
DEZ'16	34			
NOV'16	34			
OCT'16	33			
SET'16	33			
AGO'16	36			
JUL'16	32			
AGO'15	35			
MAR'16	30			
Consumo Alimenticio				0,43900
ESTIMACIONES DE TENDENCIA				
ESTIMACIONES DE TENDENCIA				

INFORMATION SUPPORT SYSTEM

As condições favoráveis ao crescimento das plantas de *Amomum* e *Aniba*, a partir de 1920, 1921, 1927-34, produziram, contudo, prejuízos e tributos ao chileno e ao brasileiro, para desfazê-los, com riqueza, arrebataram os chilenos e os cipóes.



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 Rafaela Maria de Santana Cavalcanti, procurador(a) do RG nº 97788638, expedido por SOS IPE, em 10/02/2014, CPF/CNPJ nº 086.005.684-80, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marielene Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Lesão corporal da vítima Marielene Maria da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Revisor

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

08 JUN 2011
Gestão Seguradora SIF



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 Rafaela Maria de Santana Cavalcanti, procurador(a) do RG nº 97788638, expedido por SOS IPE, em 10/02/2014, CPF/CNPJ nº 086.005.684-80, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marielene Maria da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Lesão corporal da vítima Marielene Maria da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Revisor

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

08 JUN 2011
Gestão Seguradora SIF



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Danielle Maria da Silva,

RG nº _____, data de expedição / /,

Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
França 167 Pernambuc Pessoa, nº 562,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Anilene Paula da Silva, cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Honda CG ISO TITAN Mix ES

Ano: 2010

Placa: PEW-2788

Chassi: SC1KCG1620A0054007

Data do Acidente: 30-01-2017

Local e Data: Timbaúba/PE, 09/05/2017

Danielle maria da Silva.

Assinatura do Declarante

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

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba - ANTONIO ALVARES GOMES NETO - Número
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROVIMENTOS - MARCELO JOSÉ RODRIGUES AGUIAR DE LIMA - Substituto
do tabelião - Firma: L.M. - Endereço: Rua 25 de Março, 103 - Centro - CEP: 56370-000 - Fone: (81) 3145-4587 - E-mail: servnotario2@bol.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de Danielle Maria da Silva.
Timbaúba/PE, 09/05/2017 11:44:13, o referido é verdade. Dou fé,
Envolvidos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,78 Total: 4,66 - RC25315-4

Marta Danielle da Silva - Escrivente
Selo digital: 0150730.JPP04201701.02010
Consulta a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

09 jun 2017
Sexta-Feira



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Danielle Maria da Silva,

RG nº _____, data de expedição / /,

Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de Timbaúba, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
França 167 Pernambuc Pessoa, nº 562,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Anilene Paula da Silva, cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: Honda CG ISO TITAN Mix ES

Ano: 2010

Placa: PEW-2788

Chassi: SC1KCG1620A0 054007

Data do Acidente: 30-01-2017

Local e Data: Timbaúba/PE, 09/05/2017

Danielle maria da Silva.

Assinatura do Declarante

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

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba - ANTONIO ALVARES GOMES NETO - Número
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROVIMENTOS - MARCELO JOSÉ RODRIGUES AGUIAR DE LIMA - Substituto
do tabelião - Firma: L.M. - Endereço: Rua 25 de Março, 103 - Centro - CEP: 56370-000 - Fone: (81) 3145-4587 - E-mail: servnotario2@bol.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de Danielle Maria da Silva.
Timbaúba/PE, 09/05/2017 11:44:13, o referido é verdade. Dou fé,
Envolvidos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 0,78 Total: 4,66 - RC25315-4

Marta Danielle da Silva - Escrivente
Selo digital: 0150730.JPP04201701.02010
Consulta a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

09 jun 2017
Sexta-Feira



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DANIELLE MARIA DA SILVA,
RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de Ribeirão Preto, no Estado de
São Paulo, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
General Luiz Panfilius Pessoa, nº 362,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARILENE MARIA DA SILVA, cujo o condutor era
MAGILENE MARIA DA SILVA.

Veículo: PAROCICLETAS
Modelo: HONDA CG ISO TITAN MIX ES
Ano: 2010
Placa: PEW-2788
Chassi: SC1KCE120A A 054007
Data do Acidente: 30-01-2017
Local e Data: Fazenda da Fer, 03/05/2017.

Daniel W. Morris (ida b. 1961)

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
IPVA
CONTENDO NÃO VERIFICADO
18 AGO 2011

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARILENE MARIA DA SILVA,
RG nº _____, data de expedição ____ / ____ / ____,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de Timóteo, no Estado de
Espírito Santo, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Luiz Gonzaga Pessas, nº 362,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARILENE MARIA DA SILVA, cujo o condutor era
MARILENE MARIA DA SILVA.

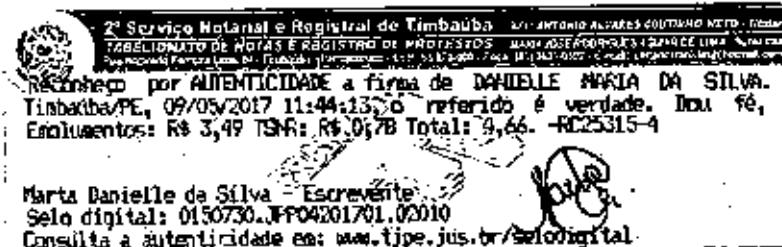
Veículo: PARCICLICleta
Modelo: Honda CG 150 TITAN mix ES
Ano: 2010
Placa: PEW-2388
Chassi: SC1KCG1620A N 054007
Data do Acidente: 30-01-2017
Local e Data: prado da lapa/pe, 09/05/2017

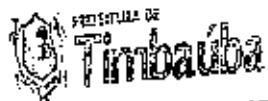
Daniel W. Morris (de Bkfst.)

Assinatura do Declarante

DESENHAMENTO DE SINISTROS
- PVA
CONTROLE NÃO VERIFICADO
18 AGO 2011

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





HOSPITAL MUNICIPAL DRº JOÃO COUTINHO

Hospital do
Meio Ambiente

RECEITUÁRIO

P/ Minha Namorada Sônia
Lindo médico

Paciente vítima fratura hí lo das

resultando a fratura de A e PDD

Foi colocado Anestesia e a paciê

em acompanhamento

encontrar-se

CIN: 567

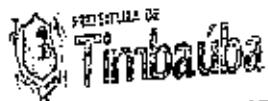
08/09/17

10/09/17 para槃etar
10/09/17 para tratamento
10/09/17 para tratamento

10/09/17 para tratamento

10/09/17 para tratamento

BR 408 KM 29 - LOTEAMENTO ARARUNA
CEP.: 55870-000 - TIMBAÚBA - PE



HOSPITAL MUNICIPAL DRº JOÃO COUTINHO

Hospital do
Meio Ambiente

RECEITUÁRIO

P/ Minha Namorada Sônia
Lindo médico

Paciente vítima fratura hí lo das

resultando a fratura de A e PDD

Foi下令do Anestesia e a paciê

encontrar-se em acompanhamento

encontrar-se

CIN: 567

08/09/17

10/09/17 para exames
10/09/17 para farmácia
10/09/17 para enfermagem
10/09/17 para enfermagem

10/09/17 para enfermagem
10/09/17 para enfermagem

BR 408 KM 29 - LOTEAMENTO ARARUNA
CEP.: 55870-000 - TIMBAÚBA - PE

795 149 104 78

Nº 00127

Maria da Silva

