

795 149 104 78

0012

7/24/78

Maria Rita da Silva

[Handwritten signature]

Maria Rita da Silva

[Two dark circular marks]

2.875.957

21.03.1978

MARIA RITA DA SILVA

Maria Rita da Silva

Maria Rita da Silva

PE

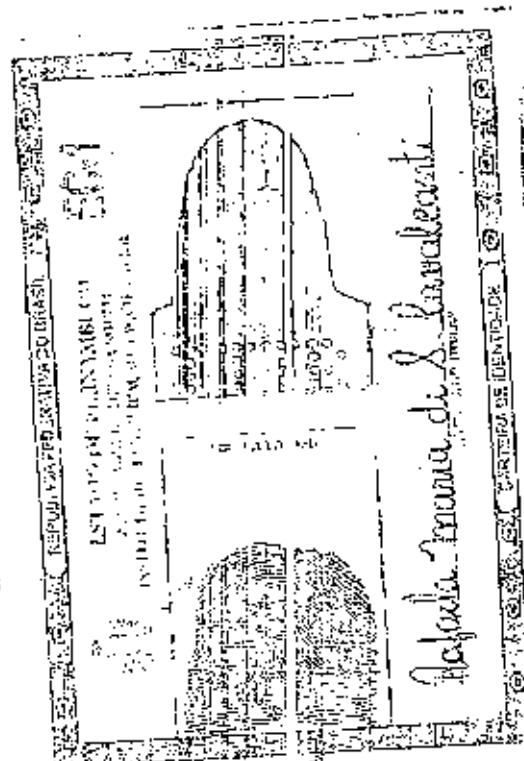
27.11.1978

495.L.A.06.F.13

Cartão de Identificação



Comissão de Inscrição de BCL

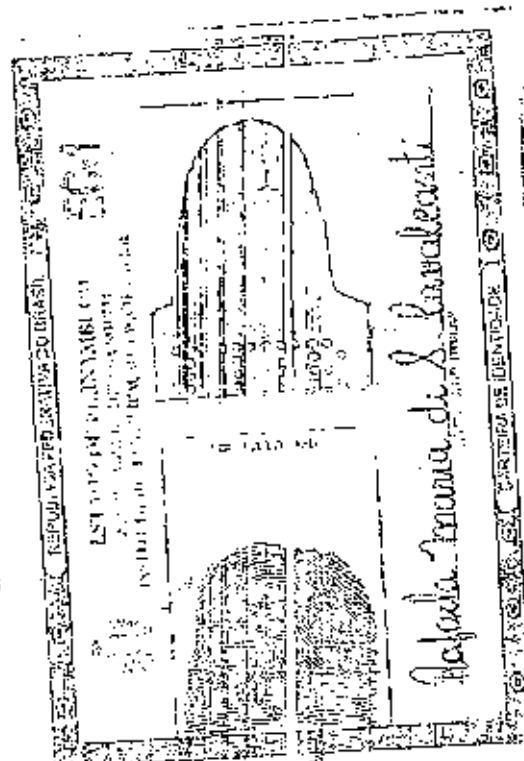


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
7.788.638	10/02/2014
<< RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>	
<< JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>	
<< MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>	
VICÊNCIA - PE	24/12/1986
<< 0760240155 2013 2 00015 037 >>	
0004944 10 VICÊNCIA PE >>	
086.005.584-80	

10 JUN 2014



Comissão de Inscrição do IML



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
CPF 7.788.638	DATA DE EMISSÃO 10/02/2014
NOME << RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>	
NOME << JOSÉ MANOEL DE SANTANA >>	
NOME << MARIA CECI DE OLIVEIRA SANTANA >>	
NOME DO PAI VICÊNCIA - PE	DATA DE NASCIMENTO 24/12/1986
CPF << 0760240155 2013 2 00015 037 >>	
CPF 0004944 10 VICÊNCIA PE >>	
CPF 086.005.584-80	
F-59 10.297	

10 JUN 2014

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

Data : 17/02/2017

PMG-01

DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Relatório de Veículo



PLACA: PEN2788 UF: PE REMANAM: 255792024 CHASSI: 9C2RC1670AR054007

Características Básicas:

TPG: MOTOCICLETA

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIXES

ESPÉCIE: BKS

COR: VERMELHA

ANO/FAB/MODELO: 2010/2010

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL

Dados do Proprietário:

CPF/CGC:

PROPRIETÁRIO: DANIELLE MARIA DA SILVA

Endereço do Proprietário:

LOGRADOURO: PRAÇA LUIZ PORFÍRIO PESSOA

MUNICÍPIO: EMBAUBA

COMPLEMENTO: CASA

CEP: 55570000

BAIRRO: CENTRO

UF: PE

Debitos:

IPVA: SIM

VALOR: 1.065,56

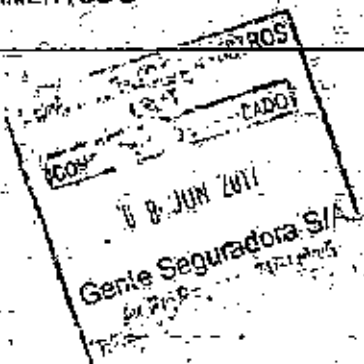
LICENCIAMENTO: SIM

VALOR: 359,56

MULTAS: NÃO

Restrições Gerais:

RESTRIÇÃO: AL FID. BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

Data : 17/02/2017

Pág. 01

DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Relatório de Veículo



PLACA: PEN2788 UF: PE REMANAM: 255792024 CHASSI: 9C2RC1670AR054007

Características Básicas:

TPG: MOTOCICLETA

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIXES

ESPÉCIE: BKS

COR: VERMELHA

ANO/FAB/MODELO: 2010/2010

COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GASOL

Dados do Proprietário:

CPF/CGC:

PROPRIETÁRIO: DANIELLE MARIA DA SILVA

Endereço do Proprietário:

LOGRADOURO: PRAÇA LUIZ PORFÍRIO PESSOA

MUNICÍPIO: EMBAUBA

COMPLEMENTO: CASA

CEP: 55570000

BAIRRO: CENTRO

UF: PE

Debitos:

IPVA: SIM

VALOR: 1.065,56

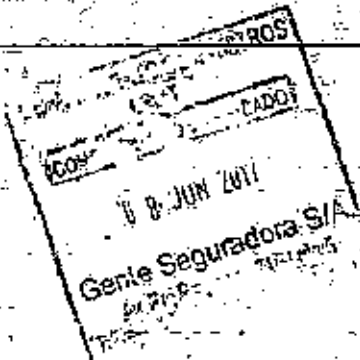
LICENCIAMENTO: SIM

VALOR: 359,56

MULTAS: NÃO

Restrições Gerais:

RESTRIÇÃO: AL 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
Valoração 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

Valoração 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 10º, 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:

Dores Mendes

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:

Dores Mendes



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

1. OUTORGANTE: Maria Lene Maria da Silva, Portador do documento de identidade nº 8.876.067, expedido por 384/26 inscrito no CPF sob o nº 795.149.6478, residente na Rua Praça Luis Pires
Pessoa
2. OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 9988638 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 a Seguradora conveniada a Seguradora Lider, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes. Poderão também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO;

Local e Data: Timbaúba 9 de maio de 2017.

Outorgante: Marieleni Mo-da Silva

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba SEL: ANTÔNIO ALVARES COUTINHO NETO - Escrivão
TABELIÃO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS MARIA JOSÉ RODRIGUES AGUIAR DE LIMA - Tabelião
Rua Vinte e Nove de Abril, 51 - Jd. Primavera - Timbaúba - CEP: 55170-000 - Fone: (81) 3611-0882 - E-mail: carlosnunes@notariad.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MARILENE MARIA DA SILVA,
Timbaúba/PE, 09/05/2017 11:43:00. O referido é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 3,49 TSMR: R\$ 0,28 Total: 3,76. -RC25314-4

Marta Danielle da Silva - Escrevente
Selo digital: 0150730.JF004201701.02530
Consulte a autenticidade em: www.tipe.jus.br/selodigital

11.08.2017

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.seguradoralider.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
Vítima: 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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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 início 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº: 11897643

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.: 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3170318142 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **MARILENE MARIA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **PRACA LUIZ PORFIRIO PESSOA n° 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 10º, 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 complicação.

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, §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

☐ 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)

4º PODODÁCTILO DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

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 esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Márcia Maria da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.876.067 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 21/05/1990
CPF 9.951.199.704-8 / CNPJ: _____, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Márcia Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CREDITO DE ACO. DO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suspe 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 na prestação de indenização. Este cadastro deve conter, entre outros, 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 salário ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- 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, abertura para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 025 do BCB (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 caso deverá revogar-se a validade de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CEF do beneficiário/vítima inválido ou dependente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da REDEBEN FEDERAL www.redebefederal.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistral 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 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADIECO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL)

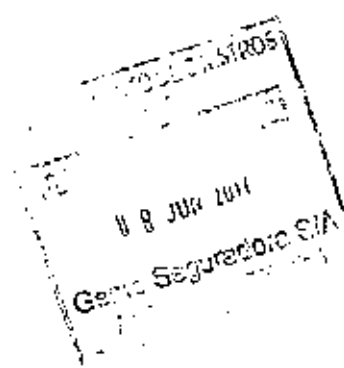
Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0837 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.05.56.56-5 ✓

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

Terceira 22 de maio de 2017 Márcia Maria da Silva
LOCAL E DATA _____ ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT tem cobertura de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e é pago por legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente;
- no caso de acidente, indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de morte ou invalidez total e até R\$ 3.750,00 em caso de despesas médicas-hospitalares;
- para o seguro previdenciário, o beneficiário deve apresentar o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistral e o CNPJ do empregador, caso seja empregado, para o SAC DPVAT 0800-071124.
- Para acompanhar o processo de avaliação do pedido de indenização, o beneficiário deve entrar em contato com o SAC DPVAT 0800-071124.



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 esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Márcia Maria da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.876.067 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 21/05/1990
CPF 9.951.199.704-8 / CNPJ: _____, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Márcia Maria da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CREDITO 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 na prestação de indenização. Este cadastro deve conter, entre outros, 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 salário ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- 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, abertura para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 025 do BCB (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 caso deverá revogar-se a validade de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CEF do beneficiário/vítima inválido ou dependente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da REDEBANK FEDERAL www.redebank.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistral que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima / beneficiários.

IMPORTANTES: 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 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADIECO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL)

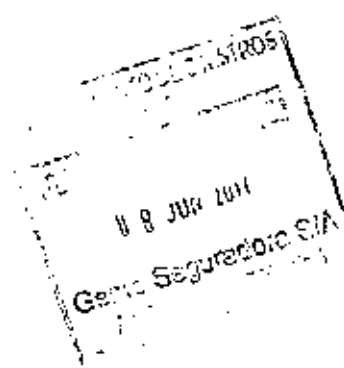
Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0839 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.05.56.56-5 ✓

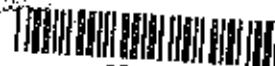
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Terceira 22 de maio de 2017 Márcia Maria da Silva
LOCAL E DATA _____ ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT tem cobertura de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e é pago por legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente no âmbito do seguro, indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de morte ou invalidez total e permanente, ou até R\$ 3.750,00 em caso de despesas médicas-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de avaliação do pedido de indenização, o beneficiário do Seguro DPVAT deverá manter-se contatado pelo SAC DPVAT 0800-071114.





00314

Outro

Nº DO SINISTRO

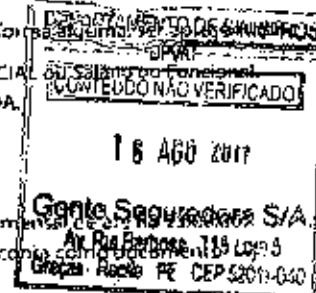
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que 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
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.876.067 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 21/05/1990
CPF 8.9.5.1.49.1.04.8 (CNPJ) PROFISSÃO (RECUSSO)
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSSO () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARILENE MARIA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CREDITO DE ACO. DO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2011, 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 fonte de renda mensal.

- Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:
- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
 - 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, atenção para o site 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 R\$ 500,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em processo (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com depósito comprovatório dos dados bancários);
 - CEF do beneficiário/vítima inválido e dependente 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.



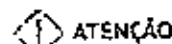
IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL):
Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0833 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.05.56.56-5
104

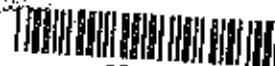
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU CONSOLIDADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Terceira 22 de maio de 2017 MARILENE MARIA DA SILVA
LOCAL DA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT prevê indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte e R\$ 3.500,00 em caso de invalidez permanente, sendo que, no caso de invalidez permanente, a indenização é de R\$ 13.500,00 em caso de despesas médico-hospitalares. A indenização é paga em uma única parcela, sendo que, no caso de despesas médico-hospitalares, a indenização é paga em parcelas mensais de R\$ 3.500,00. A indenização é paga em nome do beneficiário, sendo que, no caso de despesas médico-hospitalares, a indenização é paga em nome do beneficiário e do titular do seguro.



00314

Outro

Nº DO SINISTRO

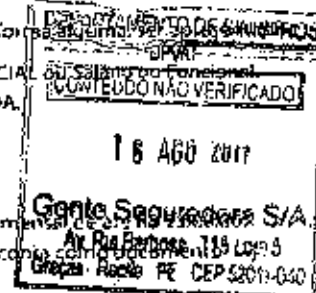
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que 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
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.876.067 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 21/05/1990
CPF 8.9.5.1.49.1.04.8 (CNPJ) PROFISSÃO (RECUSSO)
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSSO () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARILENE MARIA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CREDITO DE ACO. DO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2011, 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 fonte de renda mensal.

- Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:
- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
 - 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, atenção para o site 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 R\$ 500,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em processo (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com depósito comprovatório dos dados bancários);
 - CEF do beneficiário/vítima inválido e dependente 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.



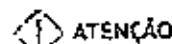
IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL):
Nº do BANCO Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0833 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00.05.56.56-5
104

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

Terceira 22 de maio de 2017 MARILENE MARIA DA SILVA
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT prevê indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte e R\$ 3.750,00 em caso de invalidez permanente, obedecendo a legislação vigente no dia do acidente, indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez temporária, que inclui a aquisição das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei nº 9.705/98 (art. 1º, inciso III, § 2º, IV e V). O valor de R\$ 3.750,00 em caso de despesas médico-hospitalares.



365932



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 46ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER1/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0136000714**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/04/2017 às
14:29

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

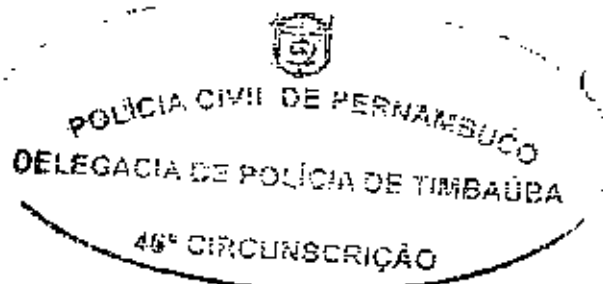
Local do crime: endereço: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, I - Bairro: CENTRO -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do crime: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTEN VARENTE)
DANIELLE MARIA DASILVA (OUTRO)
MARILENE MARIA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

MOTOCICLETA (Veículo na perseguição da ocorrência), que estava em posse de: Sra.
MARILENE MARIA DA SILVA



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

MARILENE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sex.: Feminino - Mãe: MARIA
VICENCIA DA SILVA - ANTONIO PEDRO DA SILVA (data de nascimento: 27/12/1978)
MOTOCICLETA TIMBAUBA - PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço: PRACA LUIZ POKIRIO PESSOA, I - CEP: 5 - Bairro: CRUZELINO -
TIMBAUBA - PERNAMBUCO - BRASIL

DANIELLE MARIA DASILVA (não presente ao plantão, - Sex.:
Feminino - Mãe: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sex.: Desconhecido - Mãe: NÃO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade de: Sra. DANIELLE MARIA DASILVA,
que estava em posse de: Sra. MARILENE MARIA DA SILVA

08 de Abril 2017

2010 2910 ALCO GASOL

U. S. 222 6011



365932



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 46ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER1/1ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0136000714

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/04/2017 às
14:29

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

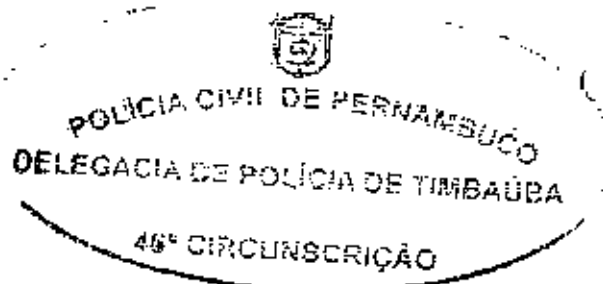
Local do crime: endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, I - Bairro: CENTRO -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do crime: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (ANTENAVANTE);
DANIELLE MARIA DASILVA (OUTRO);
MARILENE MARIA DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**MOTOCICLETA (Veículo na perseguição da ocorrência), que estava em posse de: Sra.
MARILENE MARIA DA SILVA**



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

**MARILENE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sex.: Feminino, Mãe: MARIA
VICENCIA DA SILVA, Pai: ANTONIO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 27/12/1978
Residência: TIMBAUBA - PERNAMBUCO - BRASIL
Endereço: Rua: PRACA LUIZ POKIRIO PESSOA, I - CEP: 5 - Bairro: CRUZELINO -
TIMBAUBA - PERNAMBUCO - BRASIL**

**DANIELLE MARIA DASILVA (não presente ao plantão, - Sex.:
Feminino, Mãe: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sex.: Desconhecido, Mãe: NÃO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade de: Sra. DANIELLE MARIA DASILVA,
que estava em posse de: Sra. MARILENE MARIA DA SILVA**

08 de Abril 2017

2010 2910 ALCO GASOL

U. S. 222 6011

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Sistema de Autenticação de IML

Eu, Marilene Maria da Silva, portador da carteira de identidade nº 3.896.067 e inscrito no CPF/MF sob o nº 995.149.104-78, residente e domiciliado na R. Luiz Porfírio Pessoa, N.º 36, Cidade Simbaurba, Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

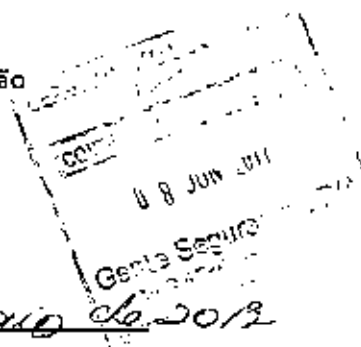
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Marilene M. da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Simbaurba, 22 de Maio de 2012

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Sistema de Autenticação de IML

Eu, Marilene Maria da Silva, portador da carteira de identidade nº 3.896.067 e inscrito no CPF/MF sob o nº 995.149.104-78, residente e domiciliado na R. Luiz Porfírio Pessoa, N.º 36, Cidade Simbaurá, Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

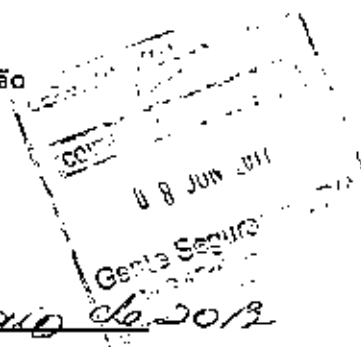
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Marilene M. da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Simbaurá, 22 de Maio de 2012

Local e data

**FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA**

Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA

S.M.S.: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

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

Data: 11/12/17

Hora:

01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO

Atendimento nº

Nome do Usuário:

Nº Prontuário

MARILENE MARIA DA SILVA

Cartão SUS

Data Nascimento: Idade:

Sexo:

Nº Gp Familiar

24/11/10

Mãe:

Pai:

Ocupação:

Logradouro:

Nº 76

Complemento:

Bairro/Localidade:

Município:

U.F.:

Telefone:

Cidade:

Clínica:

Data:

Hora:

Motivo da procura:

Assinatura do Paciente:

QUEDA DE MOTO

30/01/17

Rubrica Servidor:

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

Acolhimento com classificação de risco:

Assinatura:

Classificação:

03 - ANAMNESE:

fract do 4º dedo

04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: F.C.: PA: F.R.: Glasgow:**05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:**

() Laboratório:

() Radiológico:

() ECG () Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para A/H

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

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital

Médico: (Carimbo e Assinatura)

João Paulo Cavalcanti
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 7825
CRM-PE 13452

**FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA**

Prefeitura Municipal: PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAUBA

S.M.S.: HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

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

Data: 11/12/17

Hora:

01 - DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO

Atendimento nº

Nome do Usuário:

Nº Prontuário

MARILENE MARIA DA SILVA

Cartão SUS

Data Nascimento: Idade:

Sexo:

Nº Gp Familiar

24/11/10

Mãe:

Pai:

Ocupação:

Logradouro:

Nº 76

Complemento:

Bairro/Localidade:

Município:

U.F.:

Telefone:

PRACA LUIZ PORFIRIO TIMBAUBA

Clínica:

Data:

Hora:

Motivo da procura: Queda de moto

30/01/17

Rubrica Servidor:

Assinatura do Paciente:

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

Acolhimento com classificação de risco:

Assinatura:

Classificação:

03 - ANAMNESE:

fract do 4º dedo

04 - EXAME FÍSICO: Temperatura: F.C.: PA: F.R.: Glasgow:**05 - EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:**

() Laboratório:

() Radiológico:

() ECG () Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Laudo para A/H

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

() Outra Unid. Urgência () Especialidade

() Internação no Hospital

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Joaquim Palma Cavalcanti
Ortopedia/Traumatologia
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: 000000055656-5

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: 000000055656-5

Nr. da Autenticação A9316B6FAC355B51



Doc. Menção de Identificação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mariene Maria da SilvaRG nº 3.836.067, data de expedição 21/05/1990 órgão SSP/PECPF nº 995.149.104-98, venho perante o 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>R. Luiz Porfirio Pessoa</u>
Número	<u>86</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55830-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)9-9543-3413 / (81)9-9216-2319</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, fir no-me.

Local e Data: Timbaúba, 27 de maio de 2017Assinatura do Declarante: x Mariene M. da Silva

18 JUN 2017



Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 24/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTÁ DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 141, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.833.932/0001-05 Insc. Est. REC 5943-03 www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
TAGILDO FELICIANO DE ARAUJO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
R. LUIZ PORFÍRIO PESSOA 75

CPF: 135.779.304-97

CENTRO TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MORGES

CONTA CONTRATO
0251199019 04/2017

Nº DA NOTA FISCAL 000469483
Nº DA UNIDADE 0504/2017

DATA DE EMISSÃO 12/04/2017
DATA DE VENCIMENTO 05/05/2017

APRESENTAÇÃO 05/04/2017
Nº DO CLIENTE 7001517887
Nº DA CONTABILIZAÇÃO 3670187

MODALIDADE 19.33

CONSUMO (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30.000000	0.43027887	13.17
Atividade Bandeira AMARELA			0.50
Atividade Bandeira VERMELHA			0.18
Contribuição para o SUS			1.18
ICMS Subvenção CDE-UF 000587816-05/01/17			0.18
Imposto sobre o Consumo - ICMS 000007630 - 05/08/18			0.77
Juros e Encargos - JRE 000507800 - 05/08/18			0.81
PRO-CRIANÇA 108134112-05/08/031 0000			3.00

TOTAL DA FATURA

19.33

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
04/2017	CONTÁ	03/2017	04/2017	04/2017	04/2017	13.17	30.00

CONSUMO DE ENERGIA

MÊS	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
04/17	30.00	13.17
05/17	30.00	13.17
06/17	30.00	13.17
07/17	30.00	13.17
08/17	30.00	13.17
09/17	30.00	13.17
10/17	30.00	13.17
11/17	30.00	13.17
12/17	30.00	13.17
01/18	30.00	13.17
02/18	30.00	13.17
03/18	30.00	13.17

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De 1 a 30 de Junho de 2017, a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) realizará a manutenção da rede elétrica no bairro de Timbauba, no município de Timbauba, PE. Durante este período, haverá interrupções de energia elétrica em algumas ruas. A manutenção é necessária para garantir a segurança e a qualidade do serviço. Agradecemos a compreensão de todos os clientes afetados.

Atenção: O cliente deve verificar o valor da fatura e o consumo de energia elétrica. Em caso de dúvidas, contatar a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) pelo telefone 0800 000 0000.

08 JUN 2017

Garantia Segura

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONSUMO	13.17	13.17	13.17	13.17	13.17

CONTA CONTRATO 0251199019
DATA DE VENCIMENTO 05/05/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 19.33



Doc. Menção de Identificação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mariene Maria da SilvaRG nº 3.836.067, data de expedição 21/05/1990 órgão SSP/PECPF nº 995.149.104-98, venho perante o 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>R. Luiz Porfirio Pessoa</u>
Número	<u>86</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Timbaúba</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55830-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)9-9543-3413 / (81)9-9216-2319</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, fir no-me.

Local e Data: Timbaúba, 27 de maio de 2017Assinatura do Declarante: x Mariene M. da Silva

18 JUN 2017



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTÁ DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 141, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.833.932/0001-09 Insc. Est. REC 5943-03 www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
TAGILDO FELICIANO DE ARAUJO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
R. LUIZ PORFÍRIO PESSOA 75

CPF: 135.779.304-97

CENTRO TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MORGADO

CONTA CONTRATO
0251199019 04/2017

Nº DA NOTA FISCAL
000469483

SÉRIE
LÍQUIDA

DATA
05/04/2017

DATA DE VENCIMENTO
12/04/2017

DATA DE PAGAMENTO
05/05/2017

APRESENTAÇÃO
05/04/2017

Nº DO CLIENTE
7001517887

Nº DA CONTABILIZAÇÃO
3670187

NOTA FISCAL Nº

19.33

Consumo Atual (kWh)
Atividade Bandeira AMARELA
Atividade Bandeira VERMELHA
Contribuição Mensal do Público
ICMS Subvenção CDE Nº 000587816-08/01/17
Unidade de Medida kWh 000007630 - 05/08/18
Unidade de Medida kWh 000007630 - 05/08/18
PRODUTOS APOSTILADOS 1.48380 0850 031 8888

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000000	0.43027087	13.17
		0.50
		0.18
		1.18
		0.18
		0.77
		0.81
		3.00

TOTAL DA FATURA

19.33

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
04/2017	LIQ	03/2017	04/2017	04/2017	04/2017	13.17	30.00

CONSUMO DE CONSUMIDOR

PERÍODO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
04/2017	LIQ	03/2017	04/2017	04/2017	04/2017	13.17	30.00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De 1 a 30 de Junho de 2017, a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) realizará a manutenção da rede elétrica no bairro de Boa Vista, no município de Timbaúba. Durante este período, haverá interrupções de energia elétrica em algumas ruas. A manutenção é necessária para garantir a segurança e a qualidade do serviço. Agradecemos a compreensão dos clientes e pedimos desculpas pelo inconveniente.

Atenção: O cliente deve manter a conta em dia para evitar a suspensão do serviço. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de interrupções de energia elétrica.

08 JUN 2017

Garantia Segura

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE CONSUMIDOR

PERÍODO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	VALOR (R\$)	CONSUMO (kWh)
04/2017	LIQ	03/2017	04/2017	04/2017	04/2017	13.17	30.00

Valor total de 12.22 (doze reais e vinte centavos) a ser pago em 12/04/2017.

CONTA CONTRATO 0251199019 04/2017 DATA DE VENCIMENTO 12/04/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 19.33



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti
RG nº 7988638, data de expedição 10/02/2014, Órgão SDS/PE,

CPF nº 086.005.684-80, 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>Rua Jose 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>53840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, fir/ no-me.-

Locil e Data:

Buenos Aires

Assinatura do Declarante:

Rafaela Maria de S. Cavalcanti

08/02/2014

Correspondência e negociações de Pernambuco
 Av. João de Barros, 118, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51050-002
 CNPJ nº 02.532.000/0001-09 | Insc. Est. 0006943-92 | www.pernambuco.com.br

FRANCIS J. MILLARD

CPF 036 895 044-34

CONTROL BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PC
35845-000

PLANEJAMENTO
E COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Manoelina

2659845019

04/2017

007004741

संख्या
12/1973

2404/2017

03/06/2023

Public Policy and Practice 127

APR 20 2011

W 06 CLIENT
20060222-104

P 04. INSTALACJA

POSTAL & TELEGRAPH OFFICE:

04/04/2017

19.23

Artesiano Banderas AERTELIA
Artesiano Banderas VERACRUZ
Continuando Banderas; en Publica
HOLAS Subvencion de CEE-NEF 0002780000-2001217
Módulo per el grupo NEF 0002690587-2367117

QUANTITY	PRICE	TOTAL
30,000,000	0.6379842	19,139,526
		0.20
		0.50
		1.40
		0.10
		0.70

TOTAL DA FAILURE

14.23

AP Date	TRIP Date	ANTICIPATED		ACTUAL		AP OF DEAD	CASH WASTE	AASFT	COMMENTS/ENTRY
		DATE	LETTER	DATE	LETTER				
10/20/77	10/21	10/20/77	2 24/44	10/20/77	2 24/44	0.2	1 24/44		10/20

Machine (Lb.)	Base no CALCULAD	%	VALOR DO BONFETO
APR 11 20			
MAR 17 30	10,24	25,00	4,00
FEV 17 30	11,25	0,40	0,05
JAN 17 30	17,56	1,00	0,20
DEZ 10 30			
NOV 19 30			
Out 19 30			
Set 15 25			
AGO 16 30			
JUL 16 30			
JUN 16 30			
MAY 18 30			
ABR 15 30			

*Valor sem imposto de tempo da loja
 *Custo da Máquina Velocidade,
 *Ataque 20, 30, 40, 50 e 60
 1140210

4237 2000 8463 4833 1100 5500 844 0 4925

[illegible]

1. The following information is being furnished to you for your information only. It is not intended to be used for any other purpose.

[illegible]

Label: LKSE_17_22 CLSD - Value on Value of the General Subsidy in the Country, 1995-1999 175 5/20



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafaela Maria de Santana Cavalcanti
RG nº 7988638, data de expedição 10/02/2014, Órgão SDS/PE,

CNPJ nº 086.005.684-80, 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>Rua Jose 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>53840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9-9543-3413 / (81) 9-9216-2319</u>
E-mail	

Por ser verdade, fir/ no-me.-

Locil e Data:

Buenos Aires

Assinatura do Declarante:

Rafaela Maria de S. Cavalcanti

08/02/2014

Correspondência e negociações de Pernambuco
 Av. João de Barros, 118, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51050-002
 CNPJ nº 02.532.000/0001-09 | Insc. Est. 0006943-92 | www.pernambuco.com.br

FRANCIS J. MILLARD

CPF 036 895 044-34

CONTROL BUENOS AIRES
BUENOS AIRES 2E
3549 5-000

PLANEJAMENTO
E COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Manoelina

2659845019

04/2017

007004741

संख्या
12/1973

2404/2017

03/06/2023

Public Policy and Practice 127

APR 20 2011

W 06 CLIENT
2006-02-20

P 04. INSTALACJA

POSTAL & TELEGRAPH OFFICE:

19.23

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
Artesonamento Bandeira ANA PELA	30,0005000	0,63739842	19,12
Artesonamento Bandeira VERMELHA			0,20
Contratoução Bandeira do Publica			0,50
ROMS Subvenção COE-NE 002730000-2001217			1,40
M4-per Abaco-NE 002660582- 2367117			0,10
			0,70

TOTAL DA FAILURE

AP-001	TIME OF REPAIR	ANTENNA		ATTEN		NO OF SPS	CABLE LENGTH	S.WITCH	REPAIRS/REPAIRS
		DATA	LENGTH	DATA	LENGTH				
000000	001	2000000	2000000	0000000	0000000	000000	000000		000000

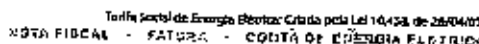
[illegible][illegible]

4025 1/2 STREET, SUITE 100, WILSONVILLE, OR 97150
 503.261.1234
 www.402512street.com
 4025 1/2 STREET, SUITE 100, WILSONVILLE, OR 97150
 503.261.1234
 www.402512street.com
 4025 1/2 STREET, SUITE 100, WILSONVILLE, OR 97150
 503.261.1234
 www.402512street.com

CATEGORIA	NOME DO PROJETO	ÁREA CONSTR.	LARGO TUBO (M)	LARGO ANEXO	TEMPO DE MANEIO (H)	
					ÁREA	ANEXO
E	ALAGAR DA MATIA	0,00	0,50	1,00	0,00	
		0,00	0,00	0,00	0,00	
		0,00	0,00	0,00	0,00	
		0,00	0,00	0,00	0,00	

Label: **INSE 17.22** **CLSD - Value on Value of the Capital Structure in the Market, 1991-1993**

Comunidade de referência



DADOS DO CLIENTE
ITAGILDO FELICIANO DE ARAUJO

*INTERECO DA UNIDADE CONSULTORA;
PC LUIZ PORFÍRIO PESSOA 26

CPF: 135.178.304-97

CENTRO TIMBALUBA
TIMBALUBA, PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mortágaga

CONFIDENTIAL MEDICAL
0251189D18 04/2017

04/2017

NP EN: 8074, 8075, 8076
NP EN: 8074, 8075, 8076

DATE	REMARKS
10/14/2017	

12/04/2017

05/05/2017

APR 11 1970

4400 CLARK
24201517887

3070192

[illegible]

19.33

Abstract

19.33

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumível Alim. (Kiloh)	30 (mililitro)	0,43032887	13,12
Alimento Bandeira AMARELA			0,40
Alimento Bandeira VERMELHA			0,40
Contribuição Bateria do Rádio			1,18
ICMS Subvenção - CDE Nº 000587819-08/01/17			0,18
Materiais para Ref. 000587833 - 08/08/18			0,23
Materiais para Ref. 000587830 - 08/07/16			0,23
Piso Cimento (08/13) 12-850 0801-031 08/08			2,00

TOTAL DAFATHUS

10.33

SEMONS' PATENT OF CONSTRUCTION BEST NO. 1-1881

Nº DE MEDICIÓN	TIPO DE MUESTRA	ANTERIOR		ACTUAL		Nº DE CRAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (ml)
		DATA CUBIERTA	LECTURA	DATA	LECTURA				
201512	Gas		101400	04/07/17	101400	73	1.0000		1.00

අනුමාප්තයක් සඳහා පිටුවෙන්

www.bcdp.org.uk

Category	Percentage
REP 17	33%
DEM 17	33%
IND 17	33%
LIB 17	33%
CON 17	33%
REP 17	33%
DEM 17	33%
IND 17	33%
LIB 17	33%
CON 17	33%

BCBD 9C86 C2C7 EE+6 0E 26 C2C9 E2D7 EF00

INFORMATION REPORTS

[illegible]

At the end of the year, the
company reported a net income of \$100,000.
The company's net income was \$100,000.
The company's net income was \$100,000.
The company's net income was \$100,000.
The company's net income was \$100,000.

STATE OF TEXAS					COUNTY OF TARRANT		
DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	AMOUNT	
1/1/77	1/1/77	...	...	...
1/2/77	1/2/77	...	...	...
1/3/77	1/3/77	...	...	...
1/4/77	1/4/77	...	...	...
1/5/77	1/5/77	...	...	...
1/6/77	1/6/77	...	...	...
1/7/77	1/7/77	...	...	...
1/8/77	1/8/77	...	...	...
1/9/77	1/9/77	...	...	...
1/10/77	1/10/77	...	...	...
1/11/77	1/11/77	...	...	...
1/12/77	1/12/77	...	...	...
1/13/77	1/13/77	...	...	...
1/14/77	1/14/77	...	...	...
1/15/77	1/15/77	...	...	...
1/16/77	1/16/77	...	...	...
1/17/77	1/17/77	...	...	...
1/18/77	1/18/77	...	...	...
1/19/77	1/19/77	...	...	...
1/20/77	1/20/77	...	...	...
1/21/77	1/21/77	...	...	...
1/22/77	1/22/77	...	...	...
1/23/77	1/23/77	...	...	...
1/24/77	1/24/77	...	...	...
1/25/77	1/25/77	...	...	...
1/26/77	1/26/77	...	...	...
1/27/77	1/27/77	...	...	...
1/28/77	1/28/77	...	...	...
1/29/77	1/29/77	...	...	...
1/30/77	1/30/77	...	...	...
1/31/77	1/31/77	...	...	...
2/1/77	2/1/77	...	...	...
2/2/77	2/2/77	...	...	...
2/3/77	2/3/77	...	...	...
2/4/77	2/4/77	...	...	...
2/5/77	2/5/77	...	...	...
2/6/77	2/6/77	...	...	...
2/7/77	2/7/77	...	...	...
2/8/77	2/8/77	...	...	...
2/9/77	2/9/77	...	...	...
2/10/77	2/10/77	...	...	...
2/11/77	2/11/77	...	...	...
2/12/77	2/12/77	...	...	...
2/13/77	2/13/77	...	...	...
2/14/77	2/14/77	...	...	...
2/15/77	2/15/77	...	...	...
2/16/77	2/16/77	...	...	...
2/17/77	2/17/77	...	...	...
2/18/77	2/18/77	...	...	...
2/19/77	2/19/77	...	...	...
2/20/77	2/20/77	...	...	...
2/21/77	2/21/77	...	...	...
2/22/77	2/22/77	...	...	...
2/23/77	2/23/77	...	...	...
2/24/77	2/24/77	...	...	...
2/25/77	2/25/77	...	...	...
2/26/77	2/26/77	...	...	...
2/27/77	2/27/77	...	...	...
2/28/77	2/28/77	...	...	...
2/29/77	2/29/77	...	...	...
2/30/77	2/30/77	...	...	...
3/1/77	3/1/77	...	...	...
3/2/77	3/2/77	...	...	...
3/3/77	3/3/77	...	...	...
3/4/77	3/4/77	...	...	...
3/5/77	3/5/77	...	...	...
3/6/77	3/6/77	...	...	...
3/7/77	3/7/77	...	...	...
3/8/77	3/8/77	...	...	...
3/9/77	3/9/77	...	...	...
3/10/77	3/10/77	...	...	...
3/11/77	3/11/77	...	...	...
3/12/77	3/12/77	...	...	...
3/13/77	3/13/77	...	...	...
3/14/77	3/14/77	...	...	...
3/15/77	3/15/77	...	...	...
3/16/77	3/16/77	...	...	...
3/17/77	3/17/77	...	...	...
3/18/77	3/18/77	...	...	...
3/19/77	3/19/77	...	...	...
3/20/77	3/20/77	...	...	...
3/21/77	3/21/77	...	...	...
3/22/77	3/22/77	...	...	...
3/23/77	3/23/77	...	...	...
3/24/77	3/24/77	...	...	...
3/25/77	3/25/77	...	...	...
3/26/77	3/26/77	...	...	...
3/27/77	3/27/77	...	...	...
3/28/77	3/28/77	...	...	...
3/29/77	3/29/77	...	...	...
3/30/77	3/30/77	...	...	...
3/31/77	3/31/77	...	...	...
4/1/77	4/1/77	...	...	...
4/2/77	4/2/77	...	...	...
4/3/77	4/3/77	...	...	...
4/4/77	4/4/77	...	...	...
4/5/77	4/5/77	...	...	...
4/6/77	4/6/77	...	...	...
4/7/77	4/7/77	...	...	...
4/8/77	4/8/77	...	...	...
4/9/77	4/9/77	...	...	...
4/10/77	4/10/77	...	...	...
4/11/77	4/11/77	...	...	...
4/12/77	4/12/77	...	...	...
4/13/77	4/13/77	...	...	...
4/14/77	4/14/77	...	...	...
4/15/77	4/15/77	...	...	...
4/16/77	4/16/77	...	...	...
4/17/77	4/17/77	...	...	...
4/18/77	4/18/77	...	...	...
4/19/77	4/19/77	...	...	...
4/20/77	4/20/77	...	...	...
4/21/77	4/21/77	...	...	...
4/22/77	4/22/77	...	...	...
4/23/77	4/23/77	...	...	...
4/24/77	4/24/77	...	...	...
4/25/77	4/25/77	...	...	...
4/26/77	4/26/77	...	...	...
4/27/77	4/27/77	...	...	...
4/28/77	4/28/77	...	...	...
4/29/77	4/29/77	...	...	...
4/30/77	4/30/77	...	...	...
5/1/77	5/1/77	...	...	...
5/2/77	5/2/77	...	...	...
5/3/77	5/3/77	...	...	...
5/4/77	5/4/77	...	...	...
5/5/77	5/5/77	...	...	...
5/6/77	5/6/77	...	...	...
5/7/77	5/7/77	...	...	...
5/8/77	5/8/77	...	...	...
5/9/77	5/9/77	...	...	...
5/10/77	5/10/77	...	...	...
5/11/77	5/11/77	...	...	...
5/12/77	5/12/77	...	...	...
5/13/77	5/13/77	...	...	...
5/14/77	5/14/77	...	...	...
5/15/77	5/15/77	...	...	...
5/16/77	5/16/77	...	...	...
5/17/77	5/17/77	...	...	...
5/18/77	5/18/77	...	...	...
5/19/77	5/19/77	...	...	...
5/20/77	5/20/77	...	...	...
5/21/77	5/21/77	...	...	...
5/22/77	5/22/77	...	...	...
5/23/77	5/23/77	...	...	...
5/24/77	5/24/77	...	...	...
5/25/77	5/25/77	...	...	...
5/26/77	5/26/77	...	...	...
5/27/77	5/27/77	...	...	...
5/28/77	5/28/77	...	...	...
5/29/77	5/29/77	...	...	...
5/30/77	5/30/77	...	...	...
5/31/77	5/31/77	...	...	...
6/1/77	6/1/77	...	...	...
6/2/77	6/2/77	...	...	...
6/3/77	6/3/77	...	...	...
6/4/77	6/4/77	...	...	...
6/5/77	6/5/77	...	...	...
6/6/77	6/6/77	...	...	...
6/7/77	6/7/77	...	...	...
6/8/77	6/8/77	...	...	...
6/9/77	6/9/77	...	...	...
6/10/77	6/10/77	...	...	...
6/11/77	6/11/77	...	...	...
6/12/77	6/12/77	...	...	...
6/13/77	6/13/77	...	...	...
6/14/77	6/14/77	...	...	...
6/15/77	6/15/77	...	...	...
6/16/77	6/16/77	...	...	...
6/17/77	6/17/77	...	...	...
6/18/77	6/18/77	...	...	...
6/19/77	6/19/77	...	...	...
6/20/77	6/20/77	...	...	...
6/21/77	6/21/77	...	...	...
6/22/77	6/22/77	...	...	...
6/23/77	6/23/77	...	...	...
6/24/77	6/24/77	...	...	...
6/25/77	6/25/77	...	...	...
6/26/77	6/26/77	...	...	...
6/27/77	6/27/77	...	...	...
6/28/77	6/28/77	...	...	...
6/29/77	6/29/77	...	...	...
6/30/77	6/30/77	...	...	...
7/1/77	7/1/77	...	...	...
7/2/77	7/2/77	...	...	...
7/3/77	7/3/77	...	...	...
7/4/77	7/4/77	...	...	...
7/5/77	7/5/77	...	...	...
7/6/77	7/6/77	...	...	...
7/7/77	7/7/77	...	...	...
7/8/77	7/8/77	...	...	...
7/9/77	7/9/77	...	...	...
7/10/77	7/10/77	...	...	...
7/11/77	7/11/77	...	...	...
7/12/77	7/12/77	...	...	...
7/13/77	7/13/77	...	...	...
7/14/77	7/14/77	...	...	...
7/15/77	7/15/77	...	...	...
7/16/77	7/16/77	...	...	...
7/17/77	7/17/77	...	...	...
7/18/77	7/18/77	...	...	...
7/19/77	7/19/77	...	...	...
7/20/77	7/20/77	...	...	...
7/21/77	7/21/77	...	...	...
7/22/77	7/22/77	...	...	...
7/23/77	7/23/77	...	...	...
7/24/77	7/24/77	...	...	...
7/25/77	7/25/77	...	...	...
7/26/77	7/26/77	...	...	...
7/27/77	7/27/77	...	...	...
7/28/77	7/28/77	...	...	...
7/29/77	7/29/77	...	...	...
7/30/77	7/30/77	...	...	...
7/31/77	7/31/77	...	...	...
8/1/77	8/1/77	...	...	...
8/2/77	8/2/77	...	...	...
8/3/77	8/3/77	...	...	...
8/4/77	8/4/77	...	...	...
8/5/77	8/5/77	...	...	...
8/6/77	8/6/77	...	...	...
8/7/77	8/7/77	...	...	...
8/8/77	8/8/77	...	...	...
8/9/77	8/9/77	...	...	...
8/10/77	8/10/77	...	...	...
8/11/77	8/11/77	...	...	...
8/12/77	8/12/77	...	...	...
8/13/77	8/13/77	...	...	...
8/14/77	8/14/77	...	...	...
8/15/77	8/15/77	...	...	...
8/16/77	8/16/77	...	...	...
8/17/77	8/17/77	...	...	...
8/18/77	8/18/77	...	...	...
8/19/77	8/19/77	...	...	...
8/20/77	8/20/77	...	...	...
8/21/77	8/21/77	...	...

LEADS 1237 2000 - Victim DO Brown, age 41, of 5110 S. 1st St., Apt. 2, St. Louis, MO 63108.

GEORGE GEORGIJEVICH
1915-1994 (1978-8)

4550

DATA DE VENCIMENTO: 12/12/2016

TOTAL AVERAGE (SD)

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.

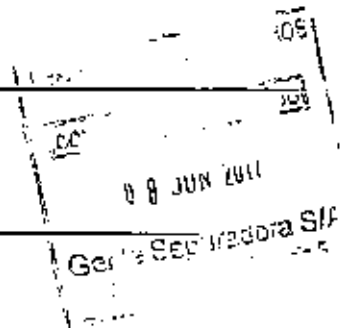
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de Santana Cavalcanti procurador(a) do
RG nº 9788638, expedido por SOS LPE, em
10/10/2014, CPF/CNPJ nº 086.005.684-80,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) marilene
maria da silva do sinistro de DPVAT da natureza ACIDENTE PRIMA
da vítima Marilene maria da silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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.

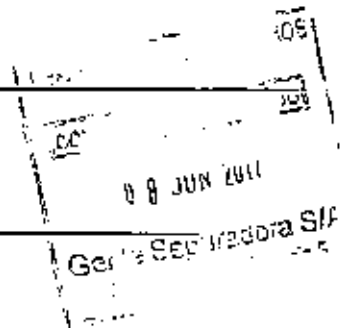
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de Santana Cavalcanti procurador(a) do
RG nº 9788638, expedido por SOS LPE, em
10/10/2014, CPF/CNPJ nº 086.005.684-80,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) marilene
maria da silva do sinistro de DPVAT da natureza ACIDENTE PESSOAL
da vítima Marilene maria da Silva, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO






Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DANIELE 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)
Rua Luiz Pereira Pessoa, nº 56,
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 DANIELE MARIA DA SILVA, cujo o condutor era
_____.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Honda CG 150 TITAN MIX ES
Ano: 2010
Placa: PEW-2788
Chassi: SC1K C1620AA 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)

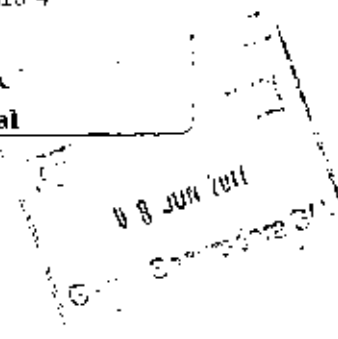
 **2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba** CPF: ANTONIO ALVARES COUTINHO NETO - 118267
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS MARIA JOSE RODRIGUES AGUIAR DE LIMA - Substituta
Rua Volante, Fátima Lima, N.º 100 - Timbaúba - Pernambuco - CEP: 53.171-000 - Fone: (81) 3431-4567 - E-mail: carac@timbauba.org.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de **DANIELE MARIA DA SILVA**,
Timbaúba/PE, 09/05/2017 11:44:13; o referido é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 10,78 Total: 14,27 - RC25315-4

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










Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DANIELE MARIA DA SILVA,
RG. nº _____, data de expedição ____/____/____,
Órgão _____, portador do CPF nº _____, com
domicílio na cidade de TIMBAUBA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Luiz Pereira Pessoa, nº 512,
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 DANIELE MARIA DA SILVA, cujo o condutor era
_____.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: Honda CG 150 TITAN MIX ES
Ano: 2010
Placa: PEW-2788
Chassi: SC1K C1620AA 054007
Data do Acidente: 30-01-2017
Local e Data: Timbuba/PE, 09/05/2017.

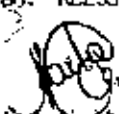
Danielle Maria da Silva
Assinatura do Declarante


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

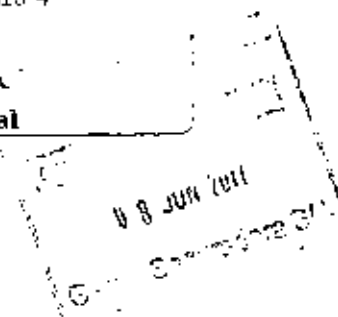
 **2º Serviço Notarial e Registral de Timbuba** CPF: ANTONIO ALVARES COUTINHO NETO - 118267
TABELIÃO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS MARIA JOSE RODRIGUES AGUIAR DE LIMA - Tabuleiro
Ass. Notarial: Timbuba, PE. | Telefone: (81) 3431-4567 | E-mail: carac@timbuba.pe.gov.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de **DANIELE MARIA DA SILVA**,
Timbuba/PE, 09/05/2017 11:44:13; o referido é verdade. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 3,49 TSNR: R\$ 10,78 Total: 14,27 - RC25315-4

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







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)
PRACA LUIZ POMFIMIO PESSOA, nº 312,
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
MARILENE MARIA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 TITAN MIX ES

Ano: 2010

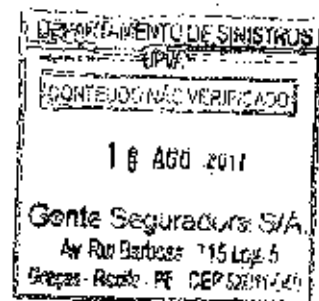
Placa: PEW- 2783

Chassi: 9C1KCE20AA 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)



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)
PRACA LUIZ POMFIMIO PESSOA, nº 312,
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
MARILENE MARIA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 TITAN MIX ES

Ano: 2010

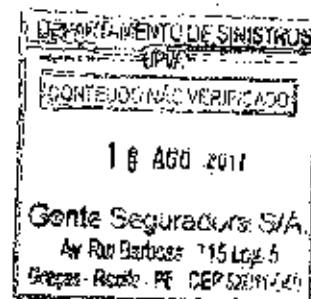
Placa: PEW- 2788

Chassi: 9C1KCE20AA 054007

Data do Acidente: 30-01-2017

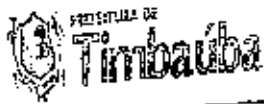
Local e Data: Timbaúba/PE - 09/05/2017

Danielle Maria da Silva
Assinatura do Declarante



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





HOSPITAL MUNICIPAL DRº JOÃO COUTINHO

Hospital do
Hematologia

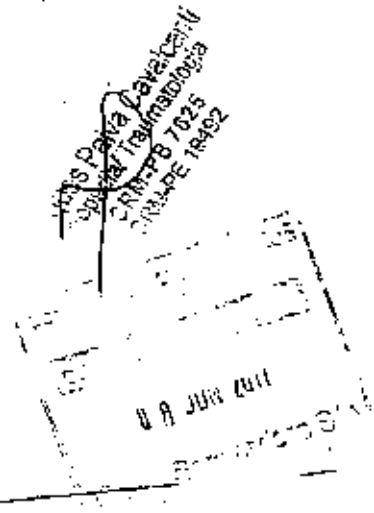
RECEITUÁRIO

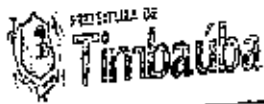
P/Maria Maria do S. Silva
laudo médico

Paciente vítima trauma no tórax
resultando se fratura de 4º PDD.
Foi colado imobilização e a paciente
encontra-se em acompanhamento.

CID: S62

08/08/17





HOSPITAL MUNICIPAL DRº JOÃO COUTINHO

Hospital do
Hematologia

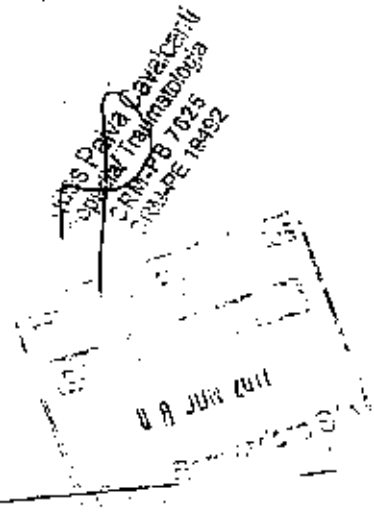
RECEITUÁRIO

P/Maria Maria do S. Silva
laudo médico

Paciente vítima trauma no tórax
resultando se fratura de 4º PDD.
Foi colado imobilização e a paciente
encontra-se em acompanhamento.

CID: S62

08/09/17



795 149 104 78

0012

7/24/78

Maria Rita da Silva

[Handwritten signature]

Maria Rita da Silva

[Two dark circular marks]

3.875.957

21.03.1978

MARIA RITA DA SILVA

Maria Rita da Silva

Maria Rita da Silva

PE

27.11.1978

4495.L.A.06.F.13

Cartão de Identificação