

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170476667 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EUDARIO FLORENCIO DA SILVA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 3º METATARSO DIREITO (?)

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** SOLICITO PRONTUÁRIO MÉDICO

**Observações:**

## 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:** 3170476667 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EUDARIO FLORENCIO DA SILVA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE METATARSO FALANGEANA DO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / PÉ ESQUERDO: 25% DE 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## 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:** 3170476667

**Cidade:** Caruaru

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

**Data do acidente:** 03/07/2017

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura-luxação exposta cominutiva do 3º, 4º e 5º metatarsos esquerdos, F1 e F2 do 3º pododáctilo esquerdo e F1 do 4º pododáctilo esquerdo

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima queixa de dor no 3º, 4º e 5º pododáctilos esquerdos. Ao exame: marcha claudicante (+/+4), desvio rotacional com deformidade leve do pé esquerdo, rigidez do 3º, 4º e 5º pododáctilos esquerdos. Limitação de flexo extensão moderada dos raios acometidos.

**Resultados terapêuticos:** Vítima submetida ao tratamento cirúrgico com lavagem exaustiva e osteossíntese com fios de Kirschner.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** SIMONE CUNHA SANCHES

**CRM do médico:** 5271743-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº: 11610131

A/C: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170476667 ASL-0336239/17  
**Vítima:** EUDARIO FLORENCIO DA SILVA  
**Data Acidente:** 03/07/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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](http://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](http://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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11733577

A/C: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

**Sinistro:** 3170476667 ASL-0336239/17  
**Vítima:** EUDARIO FLORENCIO DA SILVA  
**Data Acidente:** 03/07/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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](http://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, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11881936

A/C: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476667 ASL-0336239/17  
Vitima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA  
Data Acidente: 03/07/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/07/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Sinistro: 3170476667  
Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA  
Data do Acidente: 03/07/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170476667** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12143615

A/C: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170476667  
Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA  
Data do Acidente: 03/07/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000017351-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT







Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO

AT



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, Eudário Florencio da Silva  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 6.871.023 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 01/07/14 E  
 CPF 058909084-77 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Procurador  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Procurador NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eudário F. da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nª da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nª da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 Nª da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2778 Nª da CONTA (com dígito, se existir) 37351-5

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

Caruaru 22 de agosto de 2017 x Eudário Florencio da Silva 0412001-41  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO  
 DE SEGUROS LÍDER



## ATENÇÃO

29 AGO. 2017

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, que incluem a família, de acordo com a lei 11.945/2009), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

RECIFE-PE



05.802.494/0001-4.  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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



AUTO-ATENDIMENTO - Ag Bezerras

DATA: 03/03/2017

HORA: 10:23:27

TERMINAL: 21921572

CONTROLE: 219215720249

AGENCIA: 0051 - CARUARU

CONTA: 013.00086923-6

CLIENTE: GABRIELE PATRICIO DUARTE

### EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

#### MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

Fevereiro

24/02	268135	CRED TEV	
-------	--------	----------	--

RESUMO EM 02/03

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

1.º AGO. 2017  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEF- 50.060-010  
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 088ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP88ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0178002957**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/08/2017** às **15:42**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **3/7/2017** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA CAROLINE** - Bairro: **SALGADO** -  
**CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR \ AGENTE)  
WBERACI MENDES DA SILVA (OUTRO)  
EUDARIO FLORENCIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **EUDARIO FLORENCIO DA SILVA**



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

**EUDARIO FLORENCIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE FLORENCIO DA SILVA** Pai: **EUGENIO FLORENCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **3/9/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 132, RUA CAROLINA - CEP: 0 - Bairro: SALGADO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

**OUTRO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Mãe: , Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**WBERACI MENDES DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: , Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **WBERACI MENDES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EUDARIO FLORENCIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

29 Ago. 2017  
Rua da Aurora, N.º 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Placa: **PCL0284** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9C6RG3120H0022563**  
Descrição: **YBR 150**

**Complemento / Observação**

**A VITIMA PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO PERDEU CONTROLE DO VEICULO AO DESVIAR DE BURACO NA VIA E ACABOU CAINDO. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU A TE O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE PRONTUARIO 301162. PEDE PROVIDENCIAS.**

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

X *Eudario Florencio da Silva*  
**EUDARIO FLORENCIO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JOSE NIVALDO BEZERRA DOS SANTOS** - Matrícula: **319618-6**



**05.802.494/0001-4**  
**TRAÇÃO CORRETORA**  
**DE SEGUROS LTDA**

**29 AGO. 2017**

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Eudário Florencio da Silva, portador da carteira de  
Identidade nº 6.871.023 e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.709.084-77  
residente e domiciliado na Rua Carolina  
Cidade Paruaru, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que  
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de  
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Eudário Florencio da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Paruaru - 22/08/17

Local e data

05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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




CARUARU

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do(a) Sr(a) EUDARIO FLORENCIO DA SILVA CPF-058.709.084-77 e RG-6.871.023 SSP/PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1707030169 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao(a) mesmo(a) no dia 03/07/17 às 10h e 24min, no endereço Rua Caroline, Salgado, CARUARU/PE, com queixa de **QUEDA DE MOTO** tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportada para o UPA/PE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 02 de Agosto de 2017

  
Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 29 AGO, 2017 09/08/2017



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

# 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: 18/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000017351-5

---

Nr. da Autenticação D305E29A5A27BA29



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Guidanio Florencio da SilvaRG nº 6.871.023, data de expedição 01/07/14, Órgão SSP/PE

CPF nº 058.709.084-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Carolina</u>
Número	<u>132</u>
Apto / Complemento	<u>'</u>
Bairro	<u>Salgado</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>55016-220</u>
CEP	<u>55016-220</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru - 22/08/17Assinatura do Declarante: Guidanio Florencio da Silva

05.802.494/0001-4-  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 A60. 2017

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



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - COTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.912/0001-03 | Ins. Est. 0055943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
JOSENILDO JOSE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA CAROLINA 132

CPF: 038 719 904-77

SALGADO CARUARU  
CARUARU PE  
55016-220

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO  
2125761014 07/2017  
DATA DE VENCIMENTO DATA PRÉVISTA PRÓXIMA LETURA  
20/07/2017 14/08/2017  
TOTAL A PAGAR (R\$) 84,28

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
001387750	Única	13/07/2017

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/07/2017	2002185293	975281

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	108,000000	0,71588673	75,88
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,31
Contribuição Iluminação Pública			4,11
ICMS Subvenção-CDE-NF 001077441-10/05/17			0,69
Multa por atraso-NF 001311778 - 12/05/17			1,79
Juros por atraso-NF 001311778 - 12/05/17			0,50

TOTAL DA FATURA

84,28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
W0521	CA1	12-06-2017	15 635,00	13-07-2017	15 742,00	31	1,00000		108,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
JUL 17 106	106
AGO 17 121	121
SET 17 117	117
OUT 17 109	109
NOV 17 81	81
DEZ 17 103	103
JAN 18 108	108
FEB 18 120	120
MAR 18 118	118
ABR 18 88	88
MAY 18 88	88
JUN 18 68	68
JUL 18 79	79

INFORMAÇÃO DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	77,19	25,00
PIS	77,19	1,40
COFINS	77,19	6,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	71,41	77,79%
Transmissão	2,04	2,54%
Distribuição (Celpe)	16,86	21,87%
Perdas de Energia	5,07	6,57%
Encargos Setoriais	6,36	8,24%
Tributos	25,39	32,69%
Total	77,19	100%

TABELA AJUSTADA

0,40036000

RESERVAÇÃO FISCAL

0391 2306 COCF 8354 4A4B 6704 3653 0458

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data de leitura e faturação a energia é a mesma. Mas a tarifa é a mesma. O cliente e a companhia assinam a declaração de que a leitura e a faturação são corretas. A tarifa é a mesma. O cliente e a companhia assinam a declaração de que a leitura e a faturação são corretas.

Na data de leitura e faturação a energia é a mesma. Mas a tarifa é a mesma. O cliente e a companhia assinam a declaração de que a leitura e a faturação são corretas. A tarifa é a mesma. O cliente e a companhia assinam a declaração de que a leitura e a faturação são corretas.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

216-354344906-2

04/Ago/2017

HORA DF 11:55:26

LOT. 15.21468-0  
LOCALIDADE: CARUARU  
AG. VINCULADA: 4752

TERM 045447

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 84,28

838900000005 842800110028  
125761014103 088262505936

216-354344906-2

1ª VIA

3.002.494/0001-00  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RRFFIFF.PF



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josiane Ivanise Rodrigues Silva

RG nº 7.326.360, data de expedição 16/04/03, Órgão SDS

CPF nº 063.820.234-30, 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>R Landina</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Salgado</u>
Cidade	<u>Pernambuco</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55016-220</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pernambuco - 22/08/17

Assinatura do Declarante:

Josiane Ivanise Rodrigues Silva B

5.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

[illegible]

**对 应 的 中 外 文 献**

DATA DE VENCIMENTO <b>31/07/2017</b> TOTAL A PAGAR (R\$) <b>21.04</b>	DATA DE EMISSÃO 24/07/2017 DATA DA RECEBIMENTO 24/07/2017 VALOR DA RECEBIMENTO 9022,5850	CENTRO CONTRATO 001224248010 Nº DO CLIENTE 202039418 Nº DA EMISSÃO 0000000000
--	---	--

CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS

**GRATIFICADO**  
**BY RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COMUNIS**  
**Monofásico**

RESERVADO AO FISCO  
67AD F10A DF 47F767 20718CAB F014 4082

67A0540ADF47F7B720718CABF0144082

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Alívio até 10 km/h	ALÍQ	15 762,578	504
Consumo Alívio superior a 10 km/h (20 km/h)	ALÍQ	6 000,000	15,38
Autocarro Bandeira AMARELA			642
Consumo 20 Manutenção Pátio			18

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
CÓDIGO DE BARRAS	NOME DO PRODUTO	QTD. ARMAZENADA		QTD. VENDIDA		QTD. EM ESTOQUE		VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
		INÍCIO	FIM	INÍCIO	FIM	INÍCIO	FIM		
0180-02	CAN. 220x220x11	1000	1000	1000	1000	0	0	0,00	0,00
								TOTAL	
								1000	

DATA PRESENTA PARA A FISCALIZAÇÃO: 10/05/2017

[illegible][illegible][illegible]

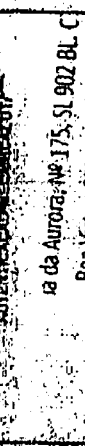
As datas da leitura a serem lidas são: 19/09/2019, 26/09/2019, 03/10/2019, 10/10/2019, 17/10/2019, 24/10/2019, 31/10/2019, 07/11/2019, 14/11/2019, 21/11/2019, 28/11/2019, 05/12/2019, 12/12/2019, 19/12/2019, 26/12/2019, 02/01/2020, 09/01/2020, 16/01/2020, 23/01/2020, 30/01/2020, 06/02/2020, 13/02/2020, 20/02/2020, 27/02/2020, 06/03/2020, 13/03/2020, 20/03/2020, 27/03/2020, 03/04/2020, 10/04/2020, 17/04/2020, 24/04/2020, 01/05/2020, 08/05/2020, 15/05/2020, 22/05/2020, 29/05/2020, 05/06/2020, 12/06/2020, 19/06/2020, 26/06/2020, 03/07/2020, 10/07/2020, 17/07/2020, 24/07/2020, 31/07/2020, 07/08/2020, 14/08/2020, 21/08/2020, 28/08/2020, 04/09/2020, 11/09/2020, 18/09/2020, 25/09/2020, 02/10/2020, 09/10/2020, 16/10/2020, 23/10/2020, 30/10/2020, 06/11/2020, 13/11/2020, 20/11/2020, 27/11/2020, 04/12/2020, 11/12/2020, 18/12/2020, 25/12/2020, 01/01/2021, 08/01/2021, 15/01/2021, 22/01/2021, 29/01/2021, 05/02/2021, 12/02/2021, 19/02/2021, 26/02/2021, 05/03/2021, 12/03/2021, 19/03/2021, 26/03/2021, 02/04/2021, 09/04/2021, 16/04/2021, 23/04/2021, 30/04/2021, 07/05/2021, 14/05/2021, 21/05/2021, 28/05/2021, 04/06/2021, 11/06/2021, 18/06/2021, 25/06/2021, 02/07/2021, 09/07/2021, 16/07/2021, 23/07/2021, 30/07/2021, 06/08/2021, 13/08/2021, 20/08/2021, 27/08/2021, 03/09/2021, 10/09/2021, 17/09/2021, 24/09/2021, 01/10/2021, 08/10/2021, 15/10/2021, 22/10/2021, 29/10/2021, 05/11/2021, 12/11/2021, 19/11/2021, 26/11/2021, 03/12/2021, 10/12/2021, 17/12/2021, 24/12/2021, 31/12/2021, 07/01/2022, 14/01/2022, 21/01/2022, 28/01/2022, 04/02/2022, 11/02/2022, 18/02/2022, 25/02/2022, 03/03/2022, 10/03/2022, 17/03/2022, 24/03/2022, 31/03/2022, 07/04/2022, 14/04/2022, 21/04/2022, 28/04/2022, 05/05/2022, 12/05/2022, 19/05/2022, 26/05/2022, 02/06/2022, 09/06/2022, 16/06/2022, 23/06/2022, 30/06/2022, 07/07/2022, 14/07/2022, 21/07/2022, 28/07/2022, 04/08/2022, 11/08/2022, 18/08/2022, 25/08/2022, 01/09/2022, 08/09/2022, 15/09/2022, 22/09/2022, 29/09/2022, 06/10/2022, 13/10/2022, 20/10/2022, 27/10/2022, 03/11/2022, 10/11/2022, 17/11/2022, 24/11/2022, 01/12/2022, 08/12/2022, 15/12/2022, 22/12/2022, 29/12/2022, 05/01/2023, 12/01/2023, 19/01/2023, 26/01/2023, 02/02/2023, 09/02/2023, 16/02/2023, 23/02/2023, 01/03/2023, 08/03/2023, 15/03/2023, 22/03/2023, 29/03/2023, 05/04/2023, 12/04/2023, 19/04/2023, 26/04/2023, 03/05/2023, 10/05/2023, 17/05/2023, 24/05/2023, 31/05/2023, 07/06/2023, 14/06/2023, 21/06/2023, 28/06/2023, 05/07/2023, 12/07/2023, 19/07/2023, 26/07/2023, 02/08/2023, 09/08/2023, 16/08/2023, 23/08/2023, 30/08/2023, 06/09/2023, 13/09/2023, 20/09/2023, 27/09/2023, 04/10/2023, 11/10/2023, 18/10/2023, 25/10/2023, 01/11/2023, 08/11/2023, 15/11/2023, 22/11/2023, 29/11/2023, 06/12/2023, 13/12/2023, 20/12/2023, 27/12/2023, 03/01/2024, 10/01/2024, 17/01/2024, 24/01/2024, 31/01/2024, 07/02/2024, 14/02/2024, 21/02/2024, 28/02/2024, 06/03/2024, 13/03/2024, 20/03/2024, 27/03/2024, 03/04/2024, 10/04/2024, 17/04/2024, 24/04/2024, 01/05/2024, 08/05/2024, 15/05/2024, 22/05/2024, 29/05/2024, 05/06/2024, 12/06/2024, 19/06/2024, 26/06/2024, 03/07/2024, 10/07/2024, 17/07/2024, 24/07/2024, 31/07/2024, 07/08/2024, 14/08/2024, 21/08/2024, 28/08/2024, 04/09/2024, 11/09/2024, 18/09/2024, 25/09/2024, 02/10/2024, 09/10/2024, 16/10/2024, 23/10/2024, 30/10/2024, 06/11/2024, 13/11/2024, 20/11/2024, 27/11/2024, 04/12/2024, 11/12/2024, 18/12/2024, 25/12/2024, 01/01/2025, 08/01/2025, 15/01/2025, 22/01/2025, 29/01/2025, 05/02/2025, 12/02/2025, 19/02/2025, 26/02/2025, 03/03/2025, 10/03/2025, 17/03/2025, 24/03/2025, 31/03/2025, 07/04/2025, 14/04/2025, 21/04/2025, 28/04/2025, 05/05/2025, 12/05/2025, 19/05/2025, 26/05/2025, 02/06/2025, 09/06/2025, 16/06/2025, 23/06/2025, 30/06/2025, 07/07/2025, 14/07/2025, 21/07/2025, 28/07/2025, 04/08/2025, 11/08/2025, 18/08/2025, 25/08/2025, 01/09/2025, 08/09/2025, 15/09/2025, 22/09/2025, 29/09/2025, 06/10/2025, 13/10/2025, 20/10/2025, 27/10/2025, 03/11/2025, 10/11/2025, 17/11/2025, 24/11/2025, 01/12/2025, 08/12/2025, 15/12/2025, 22/12/2025, 29/12/2025, 05/01/2026, 12/01/2026, 19/01/2026, 26/01/2026, 02/02/2026, 09/02/2026, 16/02/2026, 23/02/2026, 01/03/2026, 08/03/2026, 15/03/2026, 22/

TRAÇÃO CORRETORA

COMITATO REGIONALE DI ROMA

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 08-10-2017 BY 60322 UCBAW

100-38861-100



ia da Aurora - Av. 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.050-040

1970-01-01



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josiane Ivanise Rodrigues Silva

RG nº 7.326.360, data de expedição 16/04/03, Órgão SDS

CPF nº 063.820.234-30, 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>R. Carolina</u>
Número	<u>132</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Salgado</u>
Cidade	<u>Panamau</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55016-220</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Panamau - 22/08/17

Assinatura do Declarante: Josiane Ivanise Rodrigues Silva B.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

22 SET. 2017

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

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

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

## DADOS DO CLIENTE

JOSENILDO JOSE DA SILVA  
CPF: 038.719.904-77

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CAROLINA 132

SALGADO/CARUARU  
55016-220 CARUARU PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),  
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à  
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no  
site www.celpe.com.br

## DATA DE VENCIMENTO

21/09/2017

## TOTAL A PAGAR (R\$)

62,90

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/09/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO  
13/09/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL  
001389900

## CONTA CONTRATO

002125761014

Nº DO CLIENTE  
2002185283

Nº DA INSTALAÇÃO  
0000875291

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

99BE.0F08.9873.6BE4.3A8A.2FB9.4F9A.A1FE

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	83,00	0,67315022	55,87
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,99
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,97
Contribuição Iluminação Pública			2,45
Multa por atraso-NF 001352969 - 14/08/17			1,26
Juros por atraso-NF 001352969 - 14/08/17			0,33
Atualização IGPM-NF 001352969 - 14/08/17			0,03
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>62,90</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
58,83	25,00	14,70	58,83	0,64	0,37	58,83	3,00	1,76

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,48036000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000	
SET 17		83
AGO 17		92
JUL 17		106
JUN 17		121
MAI 17		117
ABR 17		109
MAR 17		61
FEV 17		103
JAN 17		108
DEZ 16		139
NOV 16		118
OUT 16		88
SET 16		99

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	17,39	29,56
Transmissão	1,65	2,80
Distribuição (Celpe)	13,69	23,27
Encargos Setoriais	5,16	8,77
Tributos	16,83	28,61
<b>TOTAL</b>	<b>58,83</b>	<b>100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
W36591	CAT	14/08/2017	15.834,00	13/09/2017	15.917,00	30	1,00000	0,00	83,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/10/2017

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	CAMPUS	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,55					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

## NÍVEIS DE TENSÃO

LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
MÍNIMO	MÁXIMO
220	231
22 SET. 2017	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL: C

Boa Vista - CEP 50050-902

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838400000006 629000110023 125761014103 094397294431



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336239/17  
Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA  
CPF: 058.709.084-77

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/07/2017  
Titular do CPF: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA : 063.820.234-50**

Comprovante de residência

#### **ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/09/2017  
Nome: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA  
CPF: 058.709.084-77

EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2017  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

  
Steffany Carolyn Lins Veloso



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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro

<sup>2</sup> 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 Josiane Janise R. Silva B., portador(a) do  
RG nº 7.326.360, expedido por SDS/PE, em  
16 / 04 / 03, CPF/CNPJ nº 063.820.234-50

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Budario  
Flôrencio da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez  
da vítima Budario Flôrencio da Silva, e conforme  
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: Revisor - se 3.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA.

29 AGO. 2017

Josiane Janise Rodrigues Silva B.  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO  
Rua da Aurora, Nº 175 - SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 51.060-010  
RECIFE-PE





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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro

<sup>2</sup> 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 Josiane Janise R. Silva B., portador(a) do  
RG nº 7.326.360, expedido por SDS/PE, em  
16 / 04 / 03, CPF/CNPJ nº 063.820.234-50

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Budario  
Florencio da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez  
da vítima Budario Florencio da Silva, e conforme  
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: Revisor - se 3.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA.

29 AGO. 2017

Josiane Janise Rodrigues Silva B.  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO  
Rua da Aurora, Nº 175 - SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 51.060-010  
RECIFE-PE



## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Wberaci Mendes da Silva

RG: 38324737, data de expedição: 01/07/2016

Órgão SSP-PE, portador do CPF 704.911.004-34, com

domicílio na cidade de CARUARU, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

R- BARRÃO DE CARUARU, nº 170

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima Eudario Florencio da Silva,

cujos o condutor era Eudario Florencio da Silva

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA YBR 150 FACTOR

Ano: 2017

Placa: PEL 0284

Chassi: 9C6RG3120H0022563

Data do Acidente: 03/07/2017

Local e data do cartório: Caruaru 18 AGO. 2017

3º CARTÓRIO DE NOTAS

Wberaci Mendes da Silva

Assinatura do Declarante

J5.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a última reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. CARLOS TOROANO

R. dos Expedientes, 112 - Nossa Senhora dos Óculos - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722.4733 - Fax: (81) 3721.208

Reconheço por autenticidade a firma de WBERACI MENDES DA SILVA; dou fé.

Selo: 0073718.IVT08201702.04040

Caruaru/PE, 18/08/2017 10:51:34, Em testamento da verdade.

Nereide Maria dos Santos  
NEREIDE MARIA DOS SANTOS - Substituta

Empl. R\$ 3,89 - TSNR R\$ 0,78 - Total R\$ 4,66 Op.: 27

Consulte Autenticidade em: [www.pe.jus.br/selodigital](http://www.pe.jus.br/selodigital)



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

### RESUMO DE ALTA



Nome: Euclides Flores da Silva

Prontuário: 201162

33587

Data:    /    /   

Hora:   

#### DIAGNÓSTICO:

Recife do 3 PD e

Recife do 30 MTD PCCT.

ILYMOCA sulista 10 para a casa  
substituição de 10 por 10

#### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

CPI e 10

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

#### TRATAMENTO REALIZADO:

29 AGO. 2017

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

Requis

Requisição de 10 por 10

requisição

Alta Hospitalar: Data: 07, 07, 2017

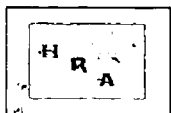
Hora:   

280817  
7/1

Dr. Alexandre Rezo

Jr. Alexandre Rezo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6260

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr (a) **Eudario Florêncio da Silva** , Esteve Interno Nesta Unidade Hospitalar no período do dia, 03/07/2017 a 07/07/2017 Registro Hospitalar: 301162 OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 17 de Agosto de 2017.

Setor de Arquivo ( SAME)

Alexsandro da Silva Araújo  
Setor de Arquivo - SAME do HRA  
Matrícula: 12450

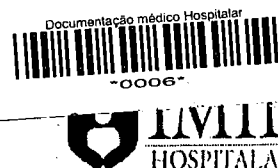
09794-07510266  
3.802.494/0001-41  
FUSAM TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
BR 229 A60, 150  
Indianopolis  
Rua da Aurora, Nº 175, SE 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



## GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Data Nascimento: 03/09/1986 Idade: 30 Anos, 10 Meses e 0 Dia

Sexo: Masculino

Atendimento: 01004255

Prontuário: 00190825

### História Atual:

ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

### Exame Físico:

DEFORMIDADE E SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE NO PÉ ESQUERDO

### Exames Complementares/Resultados:

RX. DO PÉ ESQUERDO

### Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA METACARPO FALANGEANA DO PÉ ESQUERDO

### Conduta:

ENCAMINHADO AO HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:

☐ SIM

☒ NÃO

### Transferido/Encaminhado para:

43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

### Motivo:

TRATAMENTO CIRURGICO

21 NOV. 2017

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

Data: 03 DE JULHO DE 2017

Hora: 12:06

Ass. e CRM do Médico  
Dr(a) **CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO**  
CRM - 2913

Dr. Claudio Raposo  
Traumato - Ortopedia  
CRM 2913



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDMUNDO FLORENCIO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

303162

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191010112263955418

8 - DATA DE NASCIMENTO

3/9/1966

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 3

10 - RACIA/COR

P

11 - NOME DA MÃE

Mariaze Paz Florencio da Silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

9218218272

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Cardina

132

solgado

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camamu

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2604106

18 - UF

PE

19 - CEP

55024000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queixa de dor e fraqueza no  
PE (E) e dor + fraqueza  
na O

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

IV. limpingo

c/ dor (070203/348) e O

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RA + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Paralisação exposta PE (E)

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

31

S929

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

IV. limpingo

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04103050454

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Leonora C. O. Conço

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

05.802.494/0001-41

42 - CNPJ EMPRESA

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

21 NOV. 2017

APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

PE-40-004

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Zenia de Calima Ataíde de Lencina

CRM 7091

CPE 218 107 964-15

261710395781-0





### 3 - Evolução / Exames

[illegible]

### Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente      ☐ Familiar

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

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Assinatura**

### Autorização de Procedimento

☐ Paciente      ☐ Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Procedimento:** \_\_\_\_\_

## Assinatura

**Diag. Definitivo:**

### Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadido-se ( ) Termo de Alta a Pedido

( ) Transferência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

## Condição de Alta

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

Data:     /     /     Hora:     Médico:     CRM:    

7/3/2017 12:58:22 PM

2 de 2

**Usuario do Atendimento**  
**JOSERPGS**



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: EUDARIO FLORENCIO DA  
SILVA

Nº Registro: 301162

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: GUSTAVO LIBÓRIO

1º Assistente: ALEX ROCHA

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: LOCAL

Anestesia: LOCAL

Duração:

Data da Operação: 03/07/2017

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DA PE ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA D PE ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. REGULARIZAÇÃO DO COTO COM PLIPEZA E DEBRIDAMENTO AGRESSIVO
4. PASSAGEM DO FIOS DE K
5. OBSERVADO DEFEITO CUTÂNEO IMPEDINDO COBERTURA ADEQUADA
6. SUTURA
7. CURATIVO

CRM-PE: 15582  
Mat. (SES 319.363-7)

L. Gustavo Libório  
Cirurgião do Membro Superior

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 NOV. 2017

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

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336239/17  
Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA  
CPF: 058.709.084-77

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/07/2017  
Titular do CPF: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

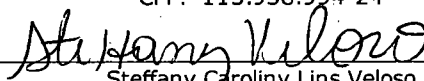
#### Portador da documentação entregue

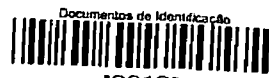
Data da entrega: 21/11/2017  
Nome: JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA  
CPF: 063.820.234-50

JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2017  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

  
Steffany Caroliny Lins Veloso



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

NOME  
EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
6871023 SSP PE

CPF  
058.709.084-77

DATA NASCIMENTO  
03/09/1986

PLACAO  
EUGENIO FLORENCIO DA  
SILVA  
MARIA JOSE FLORENCIO  
DA SILVA

PERMISSAO  
ACC  
CAT. HAB.  
AD

Nº REGISTRO  
106261498863

VALIDADE  
06/03/2019

1ª HABILITAÇÃO  
29/11/2007

OBSERVAÇÕES  
A  
Exerce Ativ Remunerada

*Eudario Florencio da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO  
01/07/2014

ASSINATURA DO EMISSOR  
42815850656  
PE058610634

VALIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
962442645

PROIBIDO PLASTIFICAR  
962442645

DETRAN - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO

*IN VALIDEZ*

*[Handwritten signature]*

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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


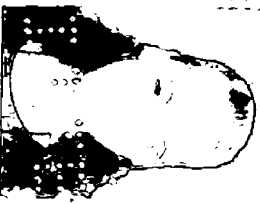


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL

Nome: JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA

CPF: 083.820.234-50

DATA DE NASCIMENTO: 11/11/1983

LOCAL DE NASCIMENTO: CARUARU - PE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-07 1179

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.326.360 DATA DE EMISSÃO 16/04/2003

NOME << JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA >>

FILIAÇÃO << JOÃO JOSÉ DA SILVA >>

<< DIVANILSE RODRIGUES DA SILVA >>

NATURALIDADE CARUARU DATA DE NASCIMENTO 11/11/1983

LOCAL DE NASCIMENTO PE

<< CC.13.235-L.32-B-F.103-CART.1ª ZONA-CARUARU-PE EM 01/01/83 >>

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-07 1179

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 083.820.234-50

Nome JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA

Nascimento 11/11/1983

0802.494/0001-4

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

013176877152

1 1116438256 \*\*\*\*\* 2017

WBERACI MENDES DA SILVA

CARUARU-PE

704.911.004-34 PCL0284

\*\*\*\*\* 9C6RG3120H0022563

2AS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

YAMAHA/YBR150 FACTOR ED 2017 2017

2P/149CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO \*\*\*\*\*

1 \*\*\*\*\*

SEGURO PAGO

AL. FID. ACEI AYMORE CRED FIN INV

CARUARU-PE 28/04/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS DE MAO/ SEGURO DPVAT

013176877152

WBERACI MENDES DA SILVA



00007

CARUARU-PE 2017 28/04/17

1 704.911.004-4 PCL0284

1116438256 YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

2017 09 9C6RG3120H0022563

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO

05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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

DEZ-2016