



Número: **0016164-08.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EUDARIO FLORENCIO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanne Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63948343	29/06/2020 13:38	ANEXO 2	Outros (Documento)

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, 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 SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01849/01850 - carta_01

00020925



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.

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

Pag. 00545/00546 - carta_02

00080273



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
Vítima: 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 LÍDER 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0191501916 - carta_03

00040958



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** 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

Pag. 00239/00240 - carta_02 - INVALIDEZ

00080120



Carta nº 1202578



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12143615

A/C: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170476667
Vitima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00591/00592 - carta_15R - INVALIDEZ

00020296





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 pelo banco.

EU, Guilherme Florencio da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 6.871.023 EXPEDIDO POR SSP/RE EM 01/07/14 E
 CPF 058909084-33 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Perito - de
 E RENDA MENSAL DE R\$ Perito - de NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Guilherme 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 consultar o 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 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 limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2338 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37351-5

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

Camila de agosto de 2017 x Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR 20062913383562900000062768229
 LOCAL E DATA 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 ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), que for(em) a(s) pessoa(s) designada(s) na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das lesões) 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.dpvatseguradoransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204

RECIFE-PE





05.802.494/0001-4.
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 ABO. 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 DISPONÍVEL

SALDO TOTAL

0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

Boa Vista - CEF- 50.060-010

www.caixa.gov.br

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)**

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

file:///C:/Users/Polícia%20Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

18/08/2017

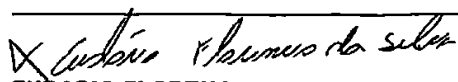


Placa: **PCL0284** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9C6RG3120H0022563**
Descrição: **YBR 150**

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


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 Baruana, 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

Baruana - 22/08/17

Local e data

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





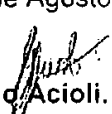
CARUARU

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


Thiago 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, Gaudêncio 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	
Bairro	<u>Salgado</u>
Cidade	<u>Paruaru</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: Paruaru - 22/08/17Assinatura do Declarante: Gaudêncio Florencio da Silva05.802.494/0001-4-
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



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.430, de 26/04/02
NOTA FISCAL - ELETURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-902
CNPJ 10.835.912/0001-28 | Ins. Est. 005943-53 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSEVILDO JOSE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CAROLINA 132

CPF: 038 719 804-77

SALGADOYCARUARU
CARUARU PE
55018-220

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊSANO
2125761014 07/2017
DATA DE VENCIMENTO DOCUMENTAÇÃO LEITURA
20/07/2017 14/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 84,28

TP DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO
001387150 1307/2017
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
13/07/2017 2002185293 075291

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	108,000000	0,71588673	75,88
Acrescimo Bancário AJUSTAR			1,31
Contribuição Tarifária Pública			4,11
ICMS Subvenção-CDE-Nº 001077441-1005/17			0,89
Multa por atraso-Nº 001311778 - 12/05/17			1,79
Juros por atraso-Nº 001311778 - 12/05/17			0,50

TOTAL DA FATURA

34,28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
W0829	CA1	12-06-2017	15 836,00	13-07-2017	15 742,00	31	1,0000	108,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
Jul 17	108
Jun 17	121
Mai 17	117
Abr 17	109
Mar 17	81
Fev 17	103
Jan 17	108
Dez 16	120
Nov 16	118
Out 16	88
Set 16	88
Ago 16	88
Jul 16	79

Consumo Ativo (kWh) 0,4800000

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta nota de fatura é emitida em nome da Agência de Regulação de Energia de Pernambuco (ARPE) e representa o valor devido pelo consumidor. A ARPE não se responsabiliza por erros de digitação ou por danos decorrentes do uso indevido desta nota de fatura. A ARPE não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido desta nota de fatura.

Não existem débitos em 2018 e
agosto anteriores. Esta declaração
é emitida para a compensação do
consumo em relação ao período de
junho a setembro de 2017 (Nº 45
de 17/08/2017). Esta declaração
não se aplica ao período de
período de compensação de
consumo em relação ao período de
junho a setembro de 2017.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

216-354344906-2

04/Ago/2017

HORA DF 11:55:26

LOT. 15.21488-0
LOCALIDADE: CARUARU
AG. VINCULADA: 4752

TERM 045447

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGÉTICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 84,28

838900000005 842800110028
125761014103 088262505936

216-354344906-2

1ª VIA

31002494/0001-44
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RFCIFF.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>Boa Vista</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: Boa Vista - 22/08/17

Assinatura do Declarante: Josiane Ivanise Rodrigues Silva B.

5.892.494/0001-41
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





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	<u>132</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Salgado</u>
Cidade	<u>Barra</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: Barra - 22/08/17

Assinatura do Declarante: Josiane Ivanise Rodrigues Silva B.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 SET. 2017

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



20/09/2017

2a Via de Fatura

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



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

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

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CAROLINA 132

SALGADO/CARUARU
55016-220 CARUARU PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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

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
TOTAL DA FATURA			62,90

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

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
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
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.

05.802-4941/0093-44
CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

NÍVEIS DE TENSÃO

LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)

MÍNIMO	MÁXIMO
220	231

22 SET. 2017 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
002125761014	09/2017	62,90	21/09/2017

Rua da Aurora, Nº 175, St. 902 BL. C

Boa Vista - CEP 55066-000

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

838400000006 629000110023 125761014103 094397294431



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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 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.

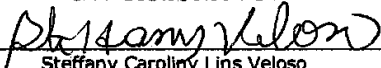
Portador da documentação entregue

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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso





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 Josiane Janise R. Silva B., portador(a) do RG nº 7.326.360, expedido por 505/PE, em 16 / 04 / 03, CPF/CNPJ nº 063.820.234-50

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

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

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

29 ABO. 2017

Josiane Janise Rodrigues Silva B.
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO 3.802.494/0001-41
Boa Vista - CEP 30060-010
RFCIFF-DF





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 Josiane Janise R. Silva B., portador(a) do
RG nº 7.326.360, expedido por 5051PE, em
16 / 04 / 03, CPF/CNPJ nº 063.820.234-50

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

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

Documentos comprobatórios: Recusou - se 03.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 ABO. 2017

Josiane Janise Rodrigues Silva B.
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO
Rua da Associação, Nº 175 - SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 30060-010
RFOEE-DF





Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Wberaci Mendes da Silva

RG: 38324737, data de expedição: 03/07/2018

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,

cujo o condutor era Eudario Florencio da Silva

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA YBR 150 FACTOR

Ano: 2017

Placa: PCL 02 84

Chassi: 9C6RG312040022563

Data do Acidente: 03/07/2017

Local e data do cartório: Caruaru 18 AGO. 2017



Wberaci Mendes da Silva

Assinatura do Declarante

J5.802.494/0001-41
THAÇÃO 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 tercelro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. CARLOS TOROANO

R. dos Espetáculos, 02 - Anexo Setor de Ocu - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722-4733 - Fax: (81) 3721-248

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 test. da verdade.

Maria dos Santos
NOME MARIA DOS SANTOS - Substituta

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

Consulte Autenticidade em: www.fazj.br/validar



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA



Nome: Evandro Flávio de Souza

Prontuário: 301162 33587

Data: 1 / 1 / 2017

Hora: 14:30

DIAGNÓSTICO:

Recife do 3 PD t

Recife do 30 MTD MCTD.

ILYACAO MCTD do 30 MTD MCTD.

MCTD do 30 MTD MCTD.

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

RECIFE-PE

Requis

Requis

Requis

Alta Hospitalar: Data: 07 / 07 / 2017

Hora: 14:30

280847

7H

Dr. Alexandre Mello

Jr. Alexandre Rego
Intendente de Tecnologia
CRM-PE 6360

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE

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)

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

09794.875/0269-9
09794.875/0001-41
FUSAM - RACAO CORRÉTORIA
DE SEGUROS LTDA
BR 22-9-ABO, 2017
Indianópolis
Rua da Aurora, Nº 175, 2º
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



HOSPITALAR

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

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
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

EVANILIO FLORENCIO DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

303162

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819150101122163915154181319186

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

9 - SEXO

10 - RACIA COR

11 - NOME DA MÃE

maria da silva florencio da silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

4218121711

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Condina**132****sobrado**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

canham

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2604106

18 - UF

PE

19 - CEP

55024000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Queixa de dor el. Trauma no
PE @ el dor + ferimento
na coxa**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

VI° cirurgico c/dia (070203/348) + 01

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

RX + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura exposta PE @

25 - CID-10 SECUNDÁRIO

S929

26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

S929**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

VI° cirurgico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041630304154

29 - CLÍNICA

VI° cirurgico

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ICNS

31 - DOCUMENTO

ICNS

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)

ICNS

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Leonilda C.O. Lopes

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04 NOV. 2017

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

04 NOV. 2017**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

TRACAO CORRETORA**DE SEGUROS LTDA**

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PE - 40 - 004

47 - Cód. Órgão Emissor

PE - 40 - 004

48 - DOCUMENTO

PE - 40 - 004

48 - DOCUMENTO

PE - 40 - 004

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

PE - 40 - 004

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

04 NOV. 2017

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

04 NOV. 2017

261710395781-0



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 PLIEZA E DEBRIDAMENTO AGRESSIVO
4. PASSAGEM DO FIOS DE K
5. OBSERVADO DEFEITO CUTÂNEO IMPEDINDO COBERTURA ADEQUADA
6. SUTURA
7. CURATIVO

CRMPE: 15582
Méd. (SES 319.363-7)
2017

Dr. Gustavo Libório
Cirurgião do Membro Superior

05.802.494/0001-41
TRACÃO 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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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 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.

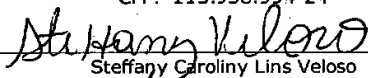
Portador da documentação entregue

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 CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RUDARIO FLORENCIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
6871033 SSP PE

CPF
058.709.084-77

DATA NASCIMENTO
03/09/1986

FILIAÇÃO
EUGENIO FLORENCIO DA SILVA
MARIA JOSE FLORENCIO DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
00261499863

VALIDADE
06/03/2019

1ª HABILITAÇÃO
29/11/2007

OBSERVAÇÕES
A
Exerce Ativ Remunerada

Rudario Florencio da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
01/07/2014

SIGNATURA DO EMISSOR
42815850656
PE058610634

962442645

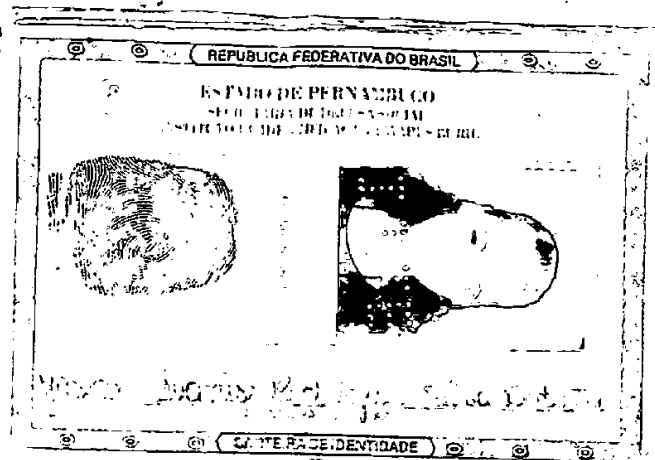
X IN VALISTEZ
X

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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	7.326.360
NOME	<< JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA >>
FILIAÇÃO	<< JOÃO JOSÉ DA SILVA >>
NATURALIDADE	CARUARU PE
DATA DE NASCIMENTO	11/11/1983
CC.13.235-L.32-B-F.103-CART.1ª ZONA-CARUARU-PE EM 01.01.2003	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.115 DE 28.08.83	
F-07 1179	

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição
383.820.234-50
Nome
JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA
Nascimento
11/11/1983

002.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 58.060-010
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

PAS 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 QUE POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS, QUE NÃO SEGURO DPVAT

013176877152

WBERACI MENDES DA SILVA



0007

CARUARU-PE

2017 28/04/17

1 704.911.004-4 PCL0284

1116438256 YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

2017 00 9C6RG3120H0022563

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DE VAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

05.802.494/0001-4
IRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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