

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11330768

A/C: DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170386464 ASL-0266155/17
Vitima: DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES
Data Acidente: 09/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2017

Carta nº: 11355436

A/C: DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES

Sinistro: 3170386464 ASL-0266155/17
Vítima: DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES
Data Acidente: 09/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta nº: 11434735

A/C: DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES

Sinistro: 3170386464 ASL-0266155/17
Vitima: DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES
Data Acidente: 09/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, caso existam sequelas definitivas e permanentes, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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.

indenização no banco.
EU, Diego Henrique B. Fernandes, PORTADOR(A) DO RG N° 7.426.670 EXPEDIDO POR SOS EM 07/10/2016
CPF 034433404-06 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recurso se
E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso se NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Diego Henrique B. Fernandes. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL 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 com documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima Inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no 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: www.receita.fazenda.gov.br N.º 173, SE 912 BL C, 001 VISTO CEP: 50.000-010
 - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comproveem 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 10051 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 30583-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Caruaru 01 de junho de 2017 Diego Henrique B Fernandes
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



603689 0010 16993 5178

DIEGO H B FERNANDES

0051 001 00030583-5 03/17



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 901 BL. 1
Boa Vista - CCP 50.050-017
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ºCIRC
 DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **17E0179000756**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/03/2017** às **10:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **9/2/2017** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: CENTENARO**
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS (OUTRO)
DIEGO HENRIQUE BRANDÃO FERNANDES (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO HENRIQUE BRANDÃO FERNANDES**

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

DIEGO HENRIQUE BRANDÃO FERNANDES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **AURINEIDE BRANDÃO FREIRE** Data de Nascimento: **15/5/1989** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7426670/SDS/PE (RG), 07447743496 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **FUNCIONÁRIO PÚBLICO**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 154, RUA MARTINS AFONSO - CEP: 0 - Bairro: SAO FRANCISCO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETOA
 DE SEGUROS LTDA

MOTONETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO HENRIQUE BRANDÃO FERNANDES**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

11 JUL. 2017

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PF

13/03/2017 11:2

Placa: **KII8839 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação

SEGUNDO NOTICIOU A VÍTIMA, UMA PESSOA DESCONHECIDA QUE CONDUZIA UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA MOTONETA ACIMA MENCIONADA QUE ERA CONDUZIDA PELA VÍTIMA; O AUTOR DO FATO FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO, PORÉM O SAMU SOCORREU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, REGISTRO N° 292526, AONDE RECEBEU ATENDIMENTO.

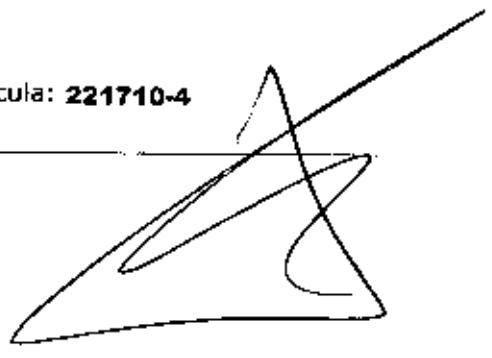
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

DIEGO HENRIQUE BRANDÃO FERNANDES

(VITIMA)

Diego Henrique Brandão Fernandes

B.O. registrado por: **YVSON KELSEN BEZERRA ROCHA WANDERLEY** - Matrícula: **221710-4**



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 901 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

13/03/2017 11:24

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Condutores do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266155/17

Vítima: DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES
CPF: 074.477.434-96

Data do Acidente: 09/02/2017

CPF de: Próprio Titular do CPF: DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES : 074.477.434-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS : 096.597.634-33

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A Indenização por Invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

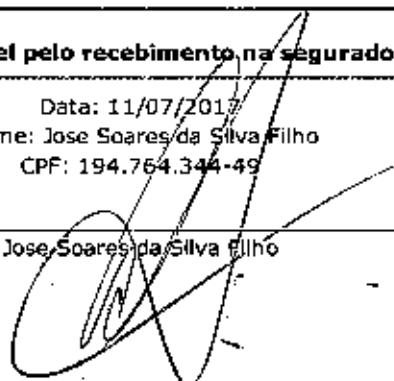
Data: 11/07/2017
Nome: MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS
CPF/CNPJ: 096.597.634-33

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 11/07/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS

Jose Soares da Silva Filho



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Diego Henrique B. Fernandes, portador da carteira de identidade nº 7.426.670 e inscrito no CPF/MF sob o nº 074.477.434-96, residente e domiciliado na Rua Martins Alves, Cidade Paruá, Estado PA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Diego Henrique B. Fernandes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Paruá - 01/06/13

Local e data

05.802.494/0001-4

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL. 2017

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



192



Governo do Município de Caruaru

DECLARAÇÃO

Declaramo^s para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) DIEGO HENRIQUE BRANDÃO FERNANDES CPF-074.477.434-96 e RG-7426670 SOS/PE, que consta nos registros de ocorrências N°170209186 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao(a) mesmo(a) no dia 09/02/17 às 13h e 49min, no endereço na Av. da Rua Preta, CARUARU/PE, com queixa de QUEDA DE MOTO tendo sido enviada a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vitima no local, sendo transportada para o HRA.

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

Caruaru, 18 de Março de 2017
Elaine Gouveia
Gerente Administrativa do SAMU
Elaine Gouveia
Gerente Administrativa do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGreste em 16/03/2017

Diegues Henrique B. Fernandes

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTD

11 JUL 2017

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Diego Henrique B. Fernandes,

RG nº 7.426.670, data de expedição 07/10/16, Órgão SBS,

CPF nº 074.477.434-96, 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 seguidamente, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Martinho Alfonso</u> |
| Número | <u>154</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>São Francisco</u> |
| Cidade | <u>Paraná</u> |
| Estado | <u>PE</u> |
| CEP | <u>55006-280</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 9.9258-3087 / 9.9668-4814</u> |
| E-mail | <u>3728-3982 / 9.9710-1398</u> |

Por ser verdade, firmo-me,

Local e Data: Paraná - 01/06/17

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL. 2017

Assinatura do Declarante: Diego Henrique B. Fernandes
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Terça Sócial de Energia. Bônus Criado pela lei 10.438 de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia de Energia de Pernambuco
Av. Júlio de Barros, 111, Ida Vida, Recife, Pernambuco - CEP 50.030-932
CNPJ 10.035.912/001-04 Fone: (81) 2583-0511 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RITA LOPES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIPÓRA
RUA MARTINS AFONSO 154

CPF: 355 815 104-90

SAN FRANCISCO CALIFORNIA

**CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Metropolitano**

SAU FRANCISCO CARUARI
CARUARIPE
55066-280

003722267 UNICA 30/01/2017

DATA CONTRATO: 0880592025 MEDIANO: 01/2017
 DATA DE VENCIMENTO: 13/02/2017 DATA PREVISTA PAGAR LOTURA: 23/02/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$): 272,40

| DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL | | | |
|-----------------------------------|------------|------------|-------------|
| | QUANTIDADE | PREÇO UNIT | VALOR (R\$) |
| Consumo Ativo (X/100) | | | |
| Contribuição à Iluminação Pública | 400.000000 | 0,62387081 | 249,48 |
| | | | 22,64 |

TOTAL DA FATURA

24246

| D E M O N S T R A T I V O D E C O N S U M O D E S T A N O T A F I S C A L | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-----------------|-----------|---------------|-----------|--------------|-----------|-------|----------------|
| Nº DO REGISTRO | TIPO DA FUNÇÃO | ANTIGUO DATA | LEITURA | ATUAL DATA | LEITURA | Nº DO CUG | CONSTANTE | AUSTE | CONSUMO (W/Hr) |
| AF30300 | CAT | 23/12/2014 | 14.824,00 | 20/01/2015 | 15.233,00 | 30 | 1.00000 | | 400,00 |

| RESUMO DE CONSUMO DE CUSTOS INICIAIS DE INVESTIMENTO | | RESUMO DE DEPÓSITOS DE CONSUMO | |
|--|----------------|--------------------------------|-------------------|
| MÊS/ANO | VALOR DE CUSTO | % | VALOR DO DEPÓSITO |
| JAN/15 | 500 | | |
| FEB/15 | 30 | | |
| MAR/15 | 0 | | |
| ABR/15 | 0 | | |
| MAY/15 | 50 | | |
| JUN/15 | 0 | | |
| JUL/15 | 0 | | |
| AGO/15 | 50 | | |
| SETE/15 | 50 | | |
| OUT/15 | 0 | | |
| NOV/15 | 0 | | |
| DEZ/15 | 0 | | |
| JAN/16 | 50 | | |
| FEB/16 | 0 | | |
| MAR/16 | 0 | | |
| ABR/16 | 50 | | |
| MAY/16 | 50 | | |
| JUN/16 | 50 | | |
| JUL/16 | 50 | | |
| AGO/16 | 50 | | |
| SETE/16 | 50 | | |
| OUT/16 | 50 | | |
| NOV/16 | 50 | | |
| DEZ/16 | 50 | | |
| JAN/17 | 50 | | |
| FEB/17 | 50 | | |
| MAR/17 | 50 | | |
| ABR/17 | 50 | | |
| MAY/17 | 50 | | |
| JUN/17 | 50 | | |
| JUL/17 | 50 | | |
| AGO/17 | 50 | | |
| SETE/17 | 50 | | |
| OUT/17 | 50 | | |
| NOV/17 | 50 | | |
| DEZ/17 | 50 | | |
| JAN/18 | 50 | | |
| FEB/18 | 50 | | |
| MAR/18 | 50 | | |
| ABR/18 | 50 | | |
| MAY/18 | 50 | | |
| JUN/18 | 50 | | |
| JUL/18 | 50 | | |
| AGO/18 | 50 | | |
| SETE/18 | 50 | | |
| OUT/18 | 50 | | |
| NOV/18 | 50 | | |
| DEZ/18 | 50 | | |
| JAN/19 | 50 | | |
| FEB/19 | 50 | | |
| MAR/19 | 50 | | |
| ABR/19 | 50 | | |
| MAY/19 | 50 | | |
| JUN/19 | 50 | | |
| JUL/19 | 50 | | |
| AGO/19 | 50 | | |
| SETE/19 | 50 | | |
| OUT/19 | 50 | | |
| NOV/19 | 50 | | |
| DEZ/19 | 50 | | |
| JAN/20 | 50 | | |
| FEB/20 | 50 | | |
| MAR/20 | 50 | | |
| ABR/20 | 50 | | |
| MAY/20 | 50 | | |
| JUN/20 | 50 | | |
| JUL/20 | 50 | | |
| AGO/20 | 50 | | |
| SETE/20 | 50 | | |
| OUT/20 | 50 | | |
| NOV/20 | 50 | | |
| DEZ/20 | 50 | | |
| JAN/21 | 50 | | |
| FEB/21 | 50 | | |
| MAR/21 | 50 | | |
| ABR/21 | 50 | | |
| MAY/21 | 50 | | |
| JUN/21 | 50 | | |
| JUL/21 | 50 | | |
| AGO/21 | 50 | | |
| SETE/21 | 50 | | |
| OUT/21 | 50 | | |
| NOV/21 | 50 | | |
| DEZ/21 | 50 | | |
| JAN/22 | 50 | | |
| FEB/22 | 50 | | |
| MAR/22 | 50 | | |
| ABR/22 | 50 | | |
| MAY/22 | 50 | | |
| JUN/22 | 50 | | |
| JUL/22 | 50 | | |
| AGO/22 | 50 | | |
| SETE/22 | 50 | | |
| OUT/22 | 50 | | |
| NOV/22 | 50 | | |
| DEZ/22 | 50 | | |
| JAN/23 | 50 | | |
| FEB/23 | 50 | | |
| MAR/23 | 50 | | |
| ABR/23 | 50 | | |
| MAY/23 | 50 | | |
| JUN/23 | 50 | | |
| JUL/23 | 50 | | |
| AGO/23 | 50 | | |
| SETE/23 | 50 | | |
| OUT/23 | 50 | | |
| NOV/23 | 50 | | |
| DEZ/23 | 50 | | |
| JAN/24 | 50 | | |
| FEB/24 | 50 | | |
| MAR/24 | 50 | | |
| ABR/24 | 50 | | |
| MAY/24 | 50 | | |
| JUN/24 | 50 | | |
| JUL/24 | 50 | | |
| AGO/24 | 50 | | |
| SETE/24 | 50 | | |
| OUT/24 | 50 | | |
| NOV/24 | 50 | | |
| DEZ/24 | 50 | | |
| JAN/25 | 50 | | |
| FEB/25 | 50 | | |
| MAR/25 | 50 | | |
| ABR/25 | 50 | | |
| MAY/25 | 50 | | |
| JUN/25 | 50 | | |
| JUL/25 | 50 | | |
| AGO/25 | 50 | | |
| SETE/25 | 50 | | |
| OUT/25 | 50 | | |
| NOV/25 | 50 | | |
| DEZ/25 | 50 | | |
| JAN/26 | 50 | | |
| FEB/26 | 50 | | |
| MAR/26 | 50 | | |
| ABR/26 | 50 | | |
| MAY/26 | 50 | | |
| JUN/26 | 50 | | |
| JUL/26 | 50 | | |
| AGO/26 | 50 | | |
| SETE/26 | 50 | | |
| OUT/26 | 50 | | |
| NOV/26 | 50 | | |
| DEZ/26 | 50 | | |
| JAN/27 | 50 | | |
| FEB/27 | 50 | | |
| MAR/27 | 50 | | |
| ABR/27 | 50 | | |
| MAY/27 | 50 | | |
| JUN/27 | 50 | | |
| JUL/27 | 50 | | |
| AGO/27 | 50 | | |
| SETE/27 | 50 | | |
| OUT/27 | 50 | | |
| NOV/27 | 50 | | |
| DEZ/27 | 50 | | |
| JAN/28 | 50 | | |
| FEB/28 | 50 | | |
| MAR/28 | 50 | | |
| ABR/28 | 50 | | |
| MAY/28 | 50 | | |
| JUN/28 | 50 | | |
| JUL/28 | 50 | | |
| AGO/28 | 50 | | |
| SETE/28 | 50 | | |
| OUT/28 | 50 | | |
| NOV/28 | 50 | | |
| DEZ/28 | 50 | | |
| JAN/29 | 50 | | |
| FEB/29 | 50 | | |
| MAR/29 | 50 | | |
| ABR/29 | 50 | | |
| MAY/29 | 50 | | |
| JUN/29 | 50 | | |
| JUL/29 | 50 | | |
| AGO/29 | 50 | | |
| SETE/29 | 50 | | |
| OUT/29 | 50 | | |
| NOV/29 | 50 | | |
| DEZ/29 | 50 | | |
| JAN/30 | 50 | | |
| FEB/30 | 50 | | |
| MAR/30 | 50 | | |
| ABR/30 | 50 | | |
| MAY/30 | 50 | | |
| JUN/30 | 50 | | |
| JUL/30 | 50 | | |
| AGO/30 | 50 | | |
| SETE/30 | 50 | | |
| OUT/30 | 50 | | |
| NOV/30 | 50 | | |
| DEZ/30 | 50 | | |
| JAN/31 | 50 | | |
| FEB/31 | 50 | | |
| MAR/31 | 50 | | |
| ABR/31 | 50 | | |
| MAY/31 | 50 | | |
| JUN/31 | 50 | | |
| JUL/31 | 50 | | |
| AGO/31 | 50 | | |
| SETE/31 | 50 | | |
| OUT/31 | 50 | | |
| NOV/31 | 50 | | |
| DEZ/31 | 50 | | |
| JAN/32 | 50 | | |
| FEB/32 | 50 | | |
| MAR/32 | 50 | | |
| ABR/32 | 50 | | |
| MAY/32 | 50 | | |
| JUN/32 | 50 | | |
| JUL/32 | 50 | | |
| AGO/32 | 50 | | |
| SETE/32 | 50 | | |
| OUT/32 | 50 | | |
| NOV/32 | 50 | | |
| DEZ/32 | 50 | | |
| JAN/33 | 50 | | |
| FEB/33 | 50 | | |
| MAR/33 | 50 | | |
| ABR/33 | 50 | | |
| MAY/33 | 50 | | |
| JUN/33 | 50 | | |
| JUL/33 | 50 | | |
| AGO/33 | 50 | | |
| SETE/33 | 50 | | |
| OUT/33 | 50 | | |
| NOV/33 | 50 | | |
| DEZ/33 | 50 | | |
| JAN/34 | 50 | | |
| FEB/34 | 50 | | |
| MAR/34 | 50 | | |
| ABR/34 | 50 | | |
| MAY/34 | 50 | | |
| JUN/34 | 50 | | |
| JUL/34 | 50 | | |
| AGO/34 | 50 | | |
| SETE/34 | 50 | | |
| OUT/34 | 50 | | |
| NOV/34 | 50 | | |
| DEZ/34 | 50 | | |
| JAN/35 | 50 | | |
| FEB/35 | 50 | | |
| MAR/35 | 50 | | |
| ABR/35 | 50 | | |
| MAY/35 | 50 | | |
| JUN/35 | 50 | | |
| JUL/35 | 50 | | |
| AGO/35 | 50 | | |
| SETE/35 | 50 | | |
| OUT/35 | 50 | | |
| NOV/35 | 50 | | |
| DEZ/35 | 50 | | |
| JAN/36 | 50 | | |
| FEB/36 | 50 | | |
| MAR/36 | 50 | | |
| ABR/36 | 50 | | |
| MAY/36 | 50 | | |
| JUN/36 | 50 | | |
| JUL/36 | 50 | | |
| AGO/36 | 50 | | |
| SETE/36 | 50 | | |
| OUT/36 | 50 | | |
| NOV/36 | 50 | | |
| DEZ/36 | 50 | | |
| JAN/37 | 50 | | |
| FEB/37 | 50 | | |
| MAR/37 | 50 | | |
| ABR/37 | 50 | | |
| MAY/37 | 50 | | |
| JUN/37 | 50 | | |
| JUL/37 | 50 | | |
| AGO/37 | 50 | | |
| SETE/37 | 50 | | |
| OUT/37 | 50 | | |
| NOV/37 | 50 | | |
| DEZ/37 | 50 | | |
| JAN/38 | 50 | | |
| FEB/38 | 50 | | |
| MAR/38 | 50 | | |
| ABR/38 | 50 | | |
| MAY/38 | 50 | | |
| JUN/38 | 50 | | |
| JUL/38 | 50 | | |
| AGO/38 | 50 | | |
| SETE/38 | 50 | | |
| OUT/38 | 50 | | |
| NOV/38 | 50 | | |
| DEZ/38 | 50 | | |
| JAN/39 | 50 | | |
| FEB/39 | 50 | | |
| MAR/39 | 50 | | |
| ABR/39 | 50 | | |
| MAY/39 | 50 | | |
| JUN/39 | 50 | | |
| JUL/39 | 50 | | |
| AGO/39 | 50 | | |
| SETE/39 | 50 | | |
| OUT/39 | 50 | | |
| NOV/39 | 50 | | |
| DEZ/39 | 50 | | |
| JAN/40 | 50 | | |
| FEB/40 | 50 | | |
| MAR/40 | 50 | | |
| ABR/40 | 50 | | |
| MAY/40 | 50 | | |
| JUN/40 | 50 | | |
| JUL/40 | 50 | | |
| AGO/40 | 50 | | |
| SETE/40 | 50 | | |
| OUT/40 | 50 | | |
| NOV/40 | 50 | | |
| DEZ/40 | 50 | | |
| JAN/41 | 50 | | |
| FEB/41 | 50 | | |
| MAR/41 | 50 | | |
| ABR/41 | 50 | | |
| MAY/41 | 50 | | |
| JUN/41 | 50 | | |
| JUL/41 | 50 | | |
| AGO/41 | 50 | | |
| SETE/41 | 50 | | |
| OUT/41 | 50 | | |
| NOV/41 | 50 | | |
| DEZ/41 | 50 | | |
| JAN/42 | 50 | | |
| FEB/42 | 50 | | |
| MAR/42 | 50 | | |
| ABR/42 | 50 | | |
| MAY/42 | 50 | | |
| JUN/42 | 50 | | |
| JUL/42 | 50 | | |
| AGO/42 | 50 | | |
| SETE/42 | 50 | | |
| OUT/42 | 50 | | |
| NOV/42 | 50 | | |
| DEZ/42 | 50 | | |
| JAN/43 | 50 | | |
| FEB/43 | 50 | | |
| MAR/43 | 50 | | |
| ABR/43 | 50 | | |
| MAY/43 | 50 | | |
| JUN/43 | 50 | | |
| JUL/43 | 50 | | |
| AGO/43 | 50 | | |
| SETE/43 | 50 | | |
| OUT/43 | 50 | | |
| NOV/43 | 50 | | |
| DEZ/43 | 50 | | |
| JAN/44 | 50 | | |
| FEB/44 | 50 | | |
| MAR/44 | 50 | | |
| ABR/44 | 50 | | |
| MAY/44 | 50 | | |
| JUN/44 | 50 | | |
| JUL/44 | 50 | | |
| AGO/44 | 50 | | |
| SETE/44 | 50 | | |
| OUT/44 | 50 | | |
| NOV/44 | 50 | | |
| DEZ/44 | 50 | | |
| JAN/45 | 50 | | |
| FEB/45 | 50 | | |
| MAR/45 | 50 | | |
| ABR/45 | 50 | | |
| MAY/45 | 50 | | |
| JUN/45 | 50 | | |
| JUL/45 | 50 | | |
| AGO/45 | 50 | | |
| SETE/45 | 50 | | |
| OUT/45 | 50 | | |
| NOV/45 | 50 | | |
| DEZ/45 | 50 | | |
| JAN/46 | 50 | | |
| FEB/46 | 50 | | |
| MAR/46 | 50 | | |
| ABR/46 | 50 | | |
| MAY/46 | 50 | | |
| JUN/46 | 50 | | |
| JUL/46 | 50 | | |
| AGO/46 | 50 | | |
| SETE/46 | 50 | | |
| OUT/46 | 50 | | |
| NOV/46 | 50 | | |
| DEZ/46 | 50 | | |
| JAN/47 | 50 | | |
| FEB/47 | 50 | | |
| MAR/47 | 50 | | |
| ABR/47 | 50 | | |
| MAY/47 | 50 | | |
| JUN/47 | 50 | | |
| JUL/47 | 50 | | |
| AGO/47 | 50 | | |
| SETE/47 | 50 | | |
| OUT/47 | 50 | | |
| NOV/47 | 50 | | |
| DEZ/47 | 50 | | |
| JAN/48 | 50 | | |
| FEB/48 | 50 | | |
| MAR/48 | 50 | | |
| ABR/48 | 50 | | |
| MAY/48 | 50 | | |
| JUN/48 | 50 | | |
| JUL/48 | 50 | | |
| AGO/48 | 50 | | |
| SETE/48 | 50 | | |
| OUT/48 | 50 | | |
| NOV/48 | 50 | | |
| DEZ/48 | 50 | | |
| JAN/49 | 50 | | |
| FEB/49 | 50 | | |
| MAR/49 | 50 | | |
| ABR/49 | 50 | | |
| MAY/49 | 50 | | |
| JUN/49 | 50 | | |
| JUL/49 | 50 | | |
| AGO/49 | 50 | | |
| SETE/49 | 50 | | |
| OUT/49 | 50 | | |
| NOV/49 | 50 | | |
| DEZ/49 | 50 | | |
| JAN/50 | 50 | | |
| FEB/50 | 50 | </td | |

www.ijerph.org

| Comunicação de risco: Preparando-se para a contagem de energia (40 min.) | | | | | |
|--|-----------|------|----------|-----------|------|
| Variável | Descrição | Vale | Variável | Descrição | Vale |
| 130 min | Descrição | 1 | 130 min | Descrição | 1 |
| | | | | | |
| | | | | | |

1. Acesso à Internet via
104 respostas (Resposta: ANSEL
474 (40,0%), Verificar, para todos,
informar se a Internet é utilizada no
município em questão (R), para
verificar se, entre os respondeantes, a res-

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 III 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 59.060-010

REF ID: A6

272,40

838300000020 724000110002 880592025100 073310022839





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thilene Rayne M. de Freitas

RG nº 8.861.697, data de expedição 26/08/2009, Órgão SDS

CPF nº 096.597.634-33, 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 Martinho Alfonso</u> |
| Número | <u>134</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>São Francisco</u> |
| Cidade | <u>Caruaru</u> |
| Estado | <u>PE</u> |
| CEP | <u>55006-270</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 9.9258-3087 / 9.9668-4814</u> |
| E-mail | <u>3728-3982 / 9.9710-1398</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru - 01/06/17

Assinatura do Declarante: Thilene Rayne M. de Freitas

05.802.494/0001-4

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL. 2017

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



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 Juliana Rayane Jn. de Freitas, portador(a) do RG nº 7.861.697, expedido por SOS, em 26/08/2009, CPF/CNPJ nº 096.597.634-33, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Diego Henrique B. Fernandes do sinistro de DPVAT da natureza invalido da vítima Diego Henrique B. Fernandes, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

Documentos comprobatórios: Recuseu - se

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Juliana Rayane Jn. de Freitas
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIARIO

11 JUL. 2017

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



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Milena Rayane Medeiros de Freitas,
RG: 8.861.697 data de expedição 26/08/2009
Órgão 5.25, portador do CPF 096.597.634.33, com
domicílio na cidade de Lambaré, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Rua Martins Afonso, nº 124,
complemento Casa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Diego Henrique Brandão Fernandes
cujo o conduto era Diego Henrique Brandão Fernandes
Veículo: MOTO

Modelo: Honda Biz 125 GS

Ano: 2013

Placa: KIT 8839

Chassi: 9C2JG4826DR083905

Data do Acidente: 09-02-2017

Local e data do cartório: Lambaré 16.02.2017

Milena Rayane Medeiros

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)
05.802.454.332

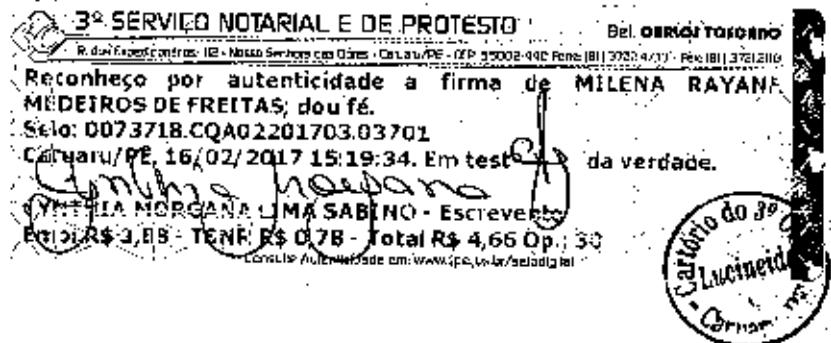
TRAÇÃO CORRETIVA
DE SEGUROS LTDA

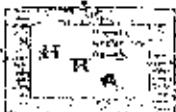
Obs: Recolher firma por autenticidade

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 8L C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

PPC/PE-PP





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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr (a) **Diego Henrique Brandão** , Esteve Interno nesta unidade hospitalar no período do dia **09/02/2017** a **09/02/2017**, com Registro: **292526**
OBS: Vítima de Acidente de Trânsito .

desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 16 de Fevereiro de 2017

[Signature]
Setor de Arquivo (SAME)

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

09 794 975/0269-2
FUSAM - Hospital Regional
do Greste
BR 232, Km 150
Institucional, Ceará, CEP 6401-000
Celular: +55 85 98801-6400

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL 2017

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

HOSPITAL REGIONAL DO SUL
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

01. Reabilitação PA e Peflde Oeste
02. PA e Mandibula

Prof. Dr. Paulo Roberto F. Corqueira
Bucal-Maxilo-Facial
Gabin. 230.8263

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse hospital, assumindo a responsabilidade pelo seu encaminhamento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____

Endereço: _____

Data: ____ / ____ / _____

Autorização de Procedimento

Nome: _____

Endereço: _____

Procedimento: _____

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta: () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Transferência:
() Transferência: _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Outro: _____

Data: 09/02/2017 Hora: _____ Minutos: _____

2/9/2017 2:46:22 PM

2 de 2

Prof. Dr. Paulo Roberto F. Corqueira
Bucal-Maxilo-Facial
Gabin. 230.8263
Cajati

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: H. PA

Nome: Dilpo Monteiro Braga

Registro N°

Clinica:

Enfermaria:

Monte Braga Radio Fáscia
de face.

1º. Radio Fáscia PA de
Rafel de Ouro

02. Radiografia PA da
mandíbula

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RAIO - X

DATA 09/03/17

Data 09/03/17

Prof. Dr. Mário Henrique
Buco-Maxilo-Facial

Nut.: 230.828-2

O primeiro Cigano é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS CDA

11 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-000
RECICLAR

Identificação: 298319

Pedido: 
68194

Data Pedido: 09/02/2017

Controle: 56330

Paciente: 292526 DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES
Leito: Unid. Intern:

Nascimento: 15/05/1989 (27a 8m 28d)

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA
Setor Solicitante: RECEPCAO DA EMERGENCIA GERAL
Médico Executante: RADIOLOGIA
Convenio: SUS - AMBULATORIO
Motivo: ROTINA

Sexo: MASCULINO

Local: SALA DE EXAME

Plano: PLANO UNICO

Observações:

Médico Executante: 0 - Não Informado

| Médico Executante: | *Access. N. Hex. | Código | Descrição | Entrega |
|--------------------|---|--------|-----------------------------------|------------|
| 0 - Não Informado | | | | |
| 143772 |  2319C | 914 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP) | 09/02/2017 |
| 143773 |  2319D | 918 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PERFIL) | 09/02/2017 |
| 143774 |  2319E | 1013 | RADIOGRAFIA DE MANDIBULA (AP) | 09/02/2017 |
| 143775 |  2319F | 1012 | RADIOGRAFIA DE MANDIBULA (PERFIL) | 09/02/2017 |

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL. 2017

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

BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
ALIAS: TITULAR DA PLACA DE IDENTIFICAÇÃO

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| NOME DIEGO RENIQUE BRANDAO FERNANDES | | |
| DOC. DE IDENT. (RG) EMISSOR/UF 7426670 BSB PE | | |
| OIF 074.477.434-96 | DATA NASCIMENTO 15/05/1989 | |
| PLACAS NAO DECLARADO | | |
| ALIAS/IDÉE BRANDAO FREIRE | | |
| PERMISSÃO | ACE | CAT. MAB |
| Nº DE REGISTRO 05102489492 | VALIDADE 10/10/2020 | HABILITAÇÃO 15/12/2010 |
| OBSERVAÇÕES Exerce Ativ. Reconhecida | | |
| <i>Diego R. Fernandes</i> ASSINATURA DO PORTADOR | | |
| LOCAL CARNAUBA - PE | DATA EMISSÃO 07/10/2016 | |
| <i>Alceu</i> ASSINATURA DO DIRETOR | | FONE/EMAIL 59884411948 26069283257 |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO | | |

PROIBIDO PLASTIFICAR

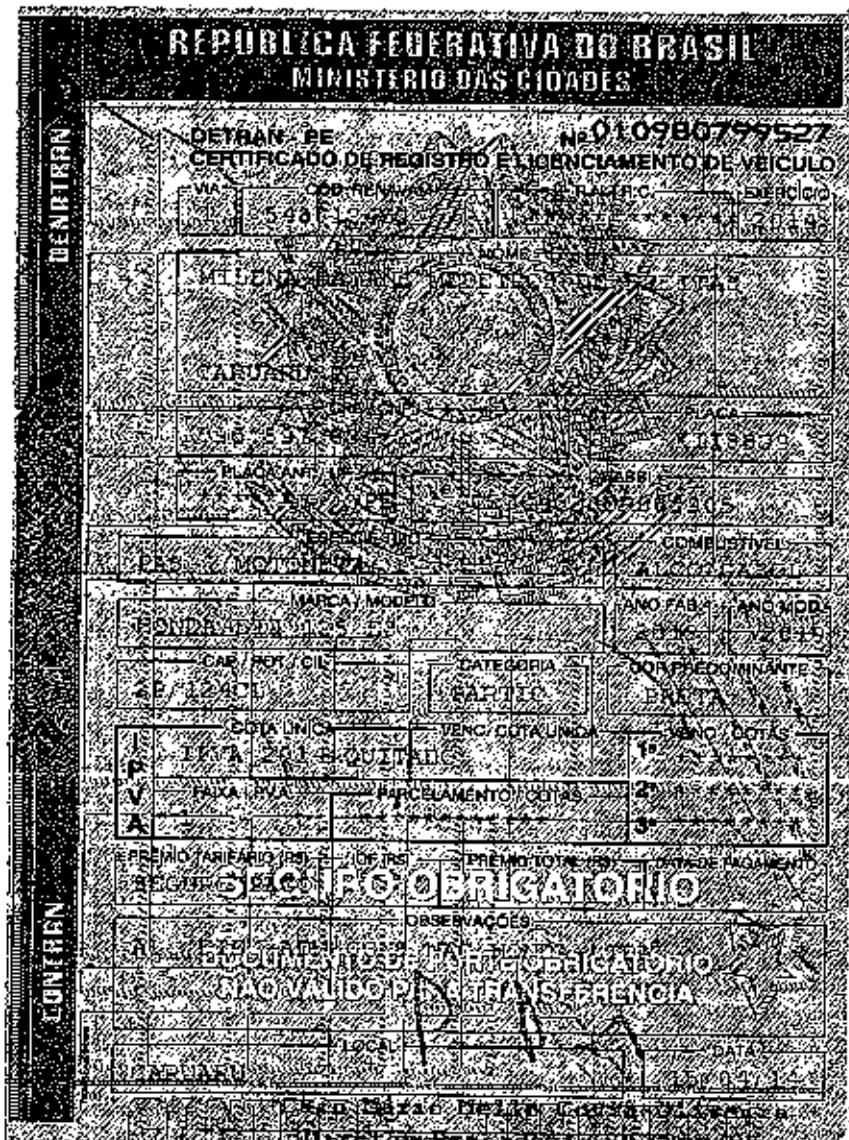
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1302256396

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL. 2017

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



05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETOS/
DE SEGURANÇA

-11- 001 267



DECLARAÇÃO

À

SEGURADORA LIDER

EU Diego Henrique B. Fernandes, PORTADOR
DO CPF 074.477.434-96, INFORMO ATRAVÉS DESTA QUE A
CONTA ABAIXO EM MEU NOME, ENCONTRA-SE ATIVA, DESBLOQUEADA E
SEM LIMITES PARA MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA.

BANCO: 104

AGENCIA: 0051

OPERACAO: 30583-5

FAVORECIDO: Diego Henrique B. Fernandes

DATA: 01/06/17

Diego Henrique B. Fernandes

BENEFICIÁRIO

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DIFUSÃO

11 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Br.
Boa Vista - CEP: 50.060



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Diego Henrique Brandão Fernandes

portador(a) do documento de identidade nº 7426670, expedido por SDS, em
07.10.96, inscrito no CPF sob o nº 074.477.434-96, residente na
Rua Martins Afonso, nº 134,
complemento Casa, Bairro São Francisco, cidade
Caruaru, Estado PE.

2. Outorgado Alinea Rayane Medeiros de Freitas

portador(a) do documento de identidade nº 8.861.697, expedido por SDS, em
26.08.2009, inscrito no CPF sob o nº 096.397.634-33, residente na
Rua Martins Afonso, nº 134,
complemento Casa, Bairro São Francisco, cidade
Caruaru, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão
dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do
FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.



Caruaru 16 de fevereiro de 2017

Outorgante Diego Henrique B Fernandes



3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

R. das Esplanadas, 112 - Centro - Caruaru - PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3721-4733 - Fax: (81) 3721-4700

Reconheço por autenticidade a firma de DIEGO HENRIQUE
BRANDAO FERNANDES; dou fé.

Selo: 0073718.WEJ02201703.03702

Caruaru/PE, 16/02/2017 15:19:35. Em testo da verdade.

CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrivente
Valor R\$ 3,29 - TSAR R\$ 0,78 - Total R\$ 4,66 Op: 30

Calcular o valor da prova: www.notariado.com.br/calculo



05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL. 2017

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES** Sinistro: **3170386464** Data: **09/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Martins Afonso, 154 - São Francisco - Caruaru - PE - CEP 55006-280**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **7426670**

Data local do exame: [**04/08/2017**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Ferimento corto-contuso na região frontal. Vítima queixa-se de vertigem, cefaleia, insônia, episódios de agressividade. Ao exame: não foi possível estabelecer nexo de causalidade. O exame não permite conclusão.**

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **Quadro submetido a tratamento conservador estando em uso de clonazepam 0,5 mg/dia.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

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

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

(**X**) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

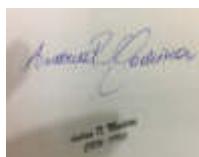
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

O exame não permite conclusão. Não foi possível estabelecer nexo de causalidade.



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE