

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](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

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

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 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](http://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.

EU, Diego Henrique B. Fernandes  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 7.426.670 EXPEDIDO POR SPS EM 07/10/2016  
 CPF 074433434-96 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Revisor de  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor de 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 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, Rua dos Augusta, nº 175, SL 902 BL C, 004 Vista - CEP: 50.060-010, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

05.802.494/0001-4

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

RUA DOS AUGUSTA, Nº 175, SL 902 BL C

004 VISTA - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

**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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0051 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 do BANCO \_\_\_\_\_ 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  
 LOCAL E DATA

Diego Henrique B. Fernandes  
 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](http://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 902 BL 1  
Boa Vista - CEP 50.050-011  
RECIFE-PE



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC**

**BOLETIM DE Ocorrência Nº. 17E0179000756**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: CENTENARIO  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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: **MUNICIPIO DE CARUARU, 134, 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)

**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)**

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETOEA

DE SEGUROS LTDA

11 JUL, 2017

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

RECIFE-PF

13/03/2017 11:2

Placa: **K118839** (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 Nº 292526, AONDE RECEBEU ATENDIMENTO.**

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

**DIEGO HENRIQUE BRANDÃO FERNANDES**  
(VÍTIMA)

*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 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

13/03/2017 11:24

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data: 11/07/2017

Nome: MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS

CPF/CNPJ: 096.597.634-33

MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 11/07/2017

Nome: Jose Soares da Silva Filho

CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Diego Henrique B. Fernandes, portador da carteira de identidade nº 7.426.630 e inscrito no CPF/MF sob o nº 074.437.434-96, residente e domiciliado na Rua Martins Alonso, Cidade Barraque, 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
- ( ☒ ) 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

Barraque - 01/06/17

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-PE



192



Secretaria  
de Saúde  
Governo do Município de Caruaru

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **DIEGO HENRIQUE BRANDÃO FERNANDES CPF-074.477.434-96 e RG-7426670 SDS/PE**, que consta nos registros de ocorrências Nº170209186 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 vítima 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, 16 de Março de 2017

Elaine Gouveia

Gerente Administrativa do SAMU

**Gerente Administrativo do SAMU Regional Agreste**

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

Diego Henrique B. Fernandes

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  
RECIFE-PE



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Diego Henrique B. Fernandes

RG nº 7.426.630, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Martins Afonso</u>
Número	<u>154</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>São Francisco</u>
Cidade	<u>Paruaru</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: Paruaru - 01/06/17

05.802.494/0001-41  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGURANÇA

11 JUL 2017

Assinatura do Declarante: X Diego Henrique B. Fernandes

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



Terça Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Una Vão Recife, Pernambuco - CEP 50050-922  
 CNPJ 10.035.012/01-04 | Insc. Est. 5001943-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 RITA LOPES DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA MARTINS AFONSO 154

CPF: 355 815 104-00

SÃO FRANCISCO CARUARU  
 CARUARU PE  
 55008-280

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Mensuração

**NOTA FISCAL** 003722267  
**UNICA** 3001/2017  
**APRESENTAÇÃO** 05/02/2017  
**Nº DO CLIENTE** 2001040748  
**Nº DA INSTALAÇÃO** 880060

**CONTA CONTRATADA** 0680592025  
**MÊS/ANO** 01/2017  
**DATA DE VENCIMENTO** 13/02/2017  
**DATA DE VENCIMENTO LETIVA** 23/02/2017  
**TOTAL A PAGAR (R\$)** 272,40

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	Preço (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	400,000000	0,82387081	249,48
Contribuição Iluminação Pública			22,92
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>272,40</b>

*Parecer  
 acumulado  
 inferior de 35%  
 sustento em 37%*

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MÊS/ANO	Tipo da FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA DATA	ATUAL DATA	LEITURA DATA	Nº DO DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/2017	CA1	23/12/2016	14 023,00	27/01/2017	15 033,00	30	1,0000		400,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		SÍNTESE DE INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Imposto (R\$)
JAN 17	400	JCMS	249,48	25,00	62,36
FEV 17	300	PIB	249,48	0,78	1,99
MAR 17	0	COFINS	249,48	7,52	6,73
ABR 17	0				
MAY 17	0				
JUN 17	0				
JUL 17	0				
AUG 17	0				
SET 17	0				
OCT 17	0				
NOV 17	0				
DEZ 17	0				
JAN 18	0				
FEB 18	0				
MAR 18	0				
ABR 18	0				
MAY 18	0				
JUN 18	0				
JUL 18	0				
AUG 18	0				
SET 18	0				
OCT 18	0				
NOV 18	0				
DEZ 18	0				
JAN 19	0				

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 Na data de emissão da presente nota fiscal, não foram efetuados pagamentos de impostos de consumo de energia elétrica. O cliente é responsável por pagar os impostos de consumo de energia elétrica, conforme a legislação em vigor. O cliente é responsável por pagar os impostos de consumo de energia elétrica, conforme a legislação em vigor. O cliente é responsável por pagar os impostos de consumo de energia elétrica, conforme a legislação em vigor.

ATENÇÃO À CELPE INFORMA QUE VOS POSSUI CONTAS EM ABERTO.				
Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor
130,00	Consumo	18,20	Consumo	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES				
CONSUMO	VALOR ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
CA1	0,00	5,10	15,30	20,10
PIB	0,00	7,25	8,47	13,95
COFINS	0,00	2,04	0,00	0,00

**NOTA FISCAL** 003722267  
**UNICA** 3001/2017  
**APRESENTAÇÃO** 05/02/2017  
**Nº DO CLIENTE** 2001040748  
**Nº DA INSTALAÇÃO** 880060

**CONTA CONTRATADA** 0680592025  
**MÊS/ANO** 01/2017  
**DATA DE VENCIMENTO** 13/02/2017  
**TOTAL A PAGAR (R\$)** 272,40  
**838300000020 724000110002 880592025100 073210077838**

05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 11 JUL 2017  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PF



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Milena Rayane 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 Martins Alonso</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: \* Milena Rayane 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



Nota Fiscal de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Fregedora de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-600  
 CNPJ 10.035.027/0001-08 | Insc. Est. 0005943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
 RITA LOPES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 RUA MARTINS AFONSO 154

CPF: 355 915.104-00

SÃO FRANCISCO CARUARU  
 CARUARU PE  
 55008-280

CLASSIFICAÇÃO  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

CONTA CONTRATADA	MÊS/ANO
0880592025	01/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA RECEBIMENTO
13/02/2017	23/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	
272,40	

INSCRIÇÃO FISCAL Nº 003722253 UNICA 50/01/2017  
 Nº de Instalação 1 08/02/2017 7001540748 680000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	400,0000000	0,82387061	249,48
Contribuição Iluminação Pública			22,94

TOTAL DA FATURA 272,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DO CONSUMIDOR	ALISTE	CONSUMO (KWH)	
103208	CAT	30/12/2016	14 62 000	21/01/2017	15 02 000	2	1.0000	400,00	

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Composição do Consumo
DEZ 16	30	ICMS 215,48	25,00	62,36	Correção de Energia R\$ 82,43 37,49%
NOV 16	6	PIS 245,45	0,78	1,29	Taxa de Serviço R\$ 2,48 1,09%
OUT 16	0	COFINS 245,45	0,55	0,10	Contribuição (Cópia) R\$ 54,52 21,00%
SET 16	0				Encargos Setoriais R\$ 23,00 10,00%
AUG 16	0				Taxação R\$ 22,00 9,50%
JUL 16	0				Total R\$ 249,48 100%

31F8FCFF 9335 8255 A3FE APEX 1703 A766

**ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO.**  
 Com base em informações recebidas da Agência de Regulação de Energia (ARCEL), a Celpe informa que você possui contas em atraso. Para mais informações, consulte o site da ARCEL ou a Central de Atendimento ao Cliente (116).

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMIDOR	Último Anulado	ÁREA	Última Interrupção	ÁREA	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
CELPE	Nov/2016	3,18	10,38	27,77	220	202	231
FTC	0,00	7,23	6,47	12,64			
ONEC	0,00	7,94	0,00	0,00			

1.498.000 12,22 BÚZ - Valor do Búze por unidade de Consumo de Energia - R\$ 12,22

CONTA CONTRATADA MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)  
 0880592025 01/2017 13/02/2017 272,40



05.802.454/0001-1  
**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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Milena Rayane Jr. de Freitas, portador(a) do

RG nº 8.861.697, expedido por SBS, 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 invalidz

da vítima Diego Henrique B. Fernandes, 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

05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Milena Rayane Jr. de Freitas  
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

11 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 8L, I  
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 525, portador do CPF 096.597.634.33, com

domicílio na cidade de Laranjeiras, 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: 9C27C4820DR083905

Data do Acidente: 09-02-2017

Local e data do cartório: Laranjeiras 16-02-2017

Milena Rayane Medeiros de Freitas

Assinatura do Declarante

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

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.050-310  
RECIFE - PE

**3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO**  
R. dos Expedientes, 10 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-940 Fone: (81) 3322-4717 - Fax: (81) 37612116

Reconheço por autenticidade a firma de **MILENA RAYANE MEDEIROS DE FREITAS**, dou fé.  
Selo: 0073718.CQA02201703.03701  
Caruaru/PE, 16/02/2017 15:19:34. Em teste da verdade.  
Milena Rayane Medeiros de Freitas  
VIVIANIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente  
Emp: R\$ 3,85 - Tém: R\$ 0,78 - Total R\$ 4,66 Op.: 30





DOCUMENT ID: A60879  
PAGE 1

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

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr. (a) **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**

Setor de Arquivo (SIME)

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

09 794 975/0269 2

FUSAM - Hospital Regional  
do Espírito Santo

232 Km 150

Incident: 370 0 12 25000000

Appendix 1

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

Diego Henrique Brandão

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGENCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: DIEGO HENRIQUE BRANDÃO

Nº documento: 298319

Prontuário: 292528

Data Nas: 10/01/1985

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDAS

Religião:

CPF: 074.772.100-00

CNS: 700501176249754

Endereço: Rua: SAO CARLOS

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Nº: 0

Bairro: SAO CARLOS

Estado: PE

CEP: 55000-00

Profissão: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO BRANDÃO

Acompanhante:

Motivo da Admissão: TRAUMA

Chamado: 0123456789

Bateria Burocrática  
Mat. 11703

2 - ATENDIMENTO

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Quarta Prática

Paralisa restituição de ardor de quarto, com  
lesões em pele e ferimento contuso na reg. - ponta  
Vega transele e transele, lesa amarela

Exame Físico

A: peleles

B: MV@ em ANT SRA

C: RCR 2T 55, 8cm

D: GLC= 15

PA: FC: FR:  
F. Ferimento, contuso na reg. - ponta  
+ transele na pele, MSB

Diagnóstico

Ardor de quarto

# Pânico do BMT

# ALTA DA CIRURGIA GERAL

Dr. Wostenilzo Crispim  
Cirurgia Oncológica  
CREMEPE 22.154

Prescrição

Zero de 2-2-2-2

Data

09/02/17

Horário

1) SRL 400ml 02x 24h

2) Dexamet 02g + 10ml SR 02x 24h

3) Tetrat 40mg + 10ml 02x 24h

4) 550.000.000

15:00

15:00

Dr. Wostenilzo Crispim  
Cirurgia Oncológica  
CREMEPE 22.154

Paralisa restituição de ardor de quarto, com  
lesões em pele e ferimento contuso na reg. - ponta  
Vega transele e transele, lesa amarela  
# Pânico do BMT  
# ALTA DA CIRURGIA GERAL

HOSPITAL REGIONAL DO NORTE  
EMERGENCIA

3 - Evolução / Exames

*Dr. Rodolfo PA e Dr. Paulo Roberto F. Cerqueira*  
*PA e Dr. Madalena*  
**Prof. Dr. Paulo Roberto F. Cerqueira**  
**Buco-Maxilo-Facial**  
**Mat. 250.828-2**

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desta instituição de saúde, sob a minha inteira responsabilidade, sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

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

Endereço: \_\_\_\_\_

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

Autorização de Procedimento

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

Endereço: \_\_\_\_\_

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

Diag. Definitivo:

*Transição para o Dr. Paulo Roberto F. Cerqueira*

Destino do Paciente

☒ Alta: ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadir-se

( ) Transferência: \_\_\_\_\_

Condição de Alta

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

Data: *09/02/2017* Hora: \_\_\_\_\_

**Prof. Dr. Paulo Roberto F. Cerqueira**  
**Buco-Maxilo-Facial**  
**Mat. 250.828-2**  
*[Assinatura]*

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

### RECEITUÁRIO

Unidade: *H. PA*

Nome: *Diogo Henrique Buncel*

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

*Exame Radiológico*  
*de tórax.*

*1. Radiografia PA de*  
*Tórax de Ombros*

*02. Radiografia PA de*  
*Mandíbula*

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
RAIO - X  
DATA 09/02/17

Data *09/02/17*

*Paulo Roberto F. Aguiar*  
Prof. Dr. Paulo Roberto F. Aguiar  
Bucco-Maxilo-Facial  
C.R.: 230.828-2

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

1º Lugar

2º Concurso 89

05.802.494/0001-77  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUL 2017

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

Arrendador: 298319

Pedido:



69194

Data Pedido: 09/02/2017

Controle 56330

Paciente: 292526 DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES

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

Leito:

Unid. Intern:

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Setor Solicitante: RECEPCAO DA EMERGENCIA GERAL

Sexo: MASCULINO

Módulo Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante: 0 - Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
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 B.L. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
2016  
SECRETARIA NACIONAL DE TRÁFICO  
PARTICULA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
1302256396

**PROBEMO PLASTIFICAR**  
1302256396

**NOME**  
DIEGO RIBEIRO BRANDAO FERNANDES

**DOC IDENTIDADE (ORD. BRASIL/AP)**  
7420670 B08 PE

**CPF**  
074.477.434-96

**DATA NASCIMENTO**  
15/05/1988

**FLACAO**  
NAO DECLARADO

**ALMINEIDE BRANDAO**  
FREIRE

**PERMISSAO**  
ACC CAT. HAB  
NÃO

**AP REGISTRO**  
05102489492

**VALIDADE**  
10/10/2020

**1ª HABILITAÇÃO**  
15/12/2010

**OBSERVAÇÕES**  
Exerce Ativ Remunerada

*Diogo B. Fernandes*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
CARUARU - PE

**DATA EMISSÃO**  
07/19/2016

*Diogo B. Fernandes*  
ASSINATURA DO DETRAN

**5088881948**  
**22069283257**

**DETRAN-PE (REINTEGRO)**

05.802.494/0001-04  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUL, 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE

0007

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 010980799527	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COB. RENAVAM	VEIC. RAB. P.C.	EXERCICIO
348	1973	1973	1973
NOME DO PROPRIETARIO			
MILTON CARLOS DE MENDONÇA			
CASAMENTO			
NOME DO PROPRIETARIO			
MILTON CARLOS DE MENDONÇA			
PLACAR			
1973			
COMBUSTIVEL			
ALCOOL			
MARCA/MODELO			
FONDAVEIA			
ANO FAB.	ANO MOD.	COR/PREDOMINANTE	
1973	1973	BRUNO	
CAR. POT. CIL.	CATEGORIA	CAP. TIT.	
2.000	1973	1973	
COTA UNICA	VENO COTA UNICA	VENO COTAS	
1973	1973	1973	
FAIXA	FAIXA	PARCELAMENTO COTAS	
1973	1973	1973	
PREMIO TARIFARIO (R\$)	PREMIO TOME (R\$)	PREMIO TOME (R\$)	
1973	1973	1973	
OBSERVAÇÕES			
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
DATA			
1973			

05.802.494/0001-  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUL 73

Rua da Aurora, Nº 175, 51.000 B.L.  
Boa Vista - CEP: 51.000-111  
RECIFE

## 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  
DE SEGUROS

11 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bx  
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  
07/10/16 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 Milena 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

Amplios 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. dos Expedientes, 112 - Anexo São José dos Dornos - Caruaru, PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3720-4733 - Fax: (81) 3720-7118

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

Selo: 0073718.WEJ02201703.03702

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

CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente

Emp. R\$ 3,18 - TSNR R\$ 0,78 - Total R\$ 4,66 Op. 30

Consulte autenticidade em [www.pe.jus.br/seloqr](http://www.pe.jus.br/seloqr)

Del. CARLOS TORRES



05.802.494/0001-  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-070

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

( **X** ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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