



Número: **0035485-63.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

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	
DIEGO HENRIQUE BRANDAO FERNANDES (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanne Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66512111	18/08/2020 14:56	ANEXO 1	Outros (Documento)

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 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. 01387/01388 - carta_01



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00357/00358 - carta_02



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta nº: 11434735

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.: 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, conseqüentemente, 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

Pag. 00651/00652 - carta_07





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 000000000-00000000, PROFISSÃO Receita
E RENDA MENSAL DE R\$ Receita 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 Naveantes, nº 175, SL 902 BL. C, 004 Vista - CEP: 50.060-070, 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 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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: 50.060-011
RECIFE-PE





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

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 (VÍTIMA)

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). 07447743498 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **FUNÇÃO PÚBLICO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO 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)

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)**

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETOEA

DE SEGURANCA LTDA

11 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

13/03/2017 11:2



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

REC/FF-PF

13/03/2017 11:24



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios 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

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 074.477.434-96, residente e domiciliado na Rua Martins, Alameda, 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

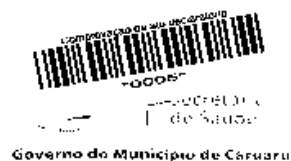
Local e data

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-610
RECIFE-PE





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 Nº **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 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, 10 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.
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 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

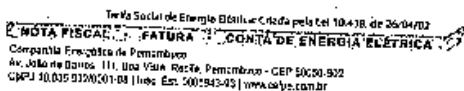
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA

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





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARTINS AFONSO 154

SAO FRANCISCO CARUARU
CARUARU PE
550CB-2BN

CONTA CONTRATO	MESIANO
0880592025	01/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
13/02/2017	23/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	272,40

003722267	INCA	3001/2017
0502/2017	2003040746	650060

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Elétrico (kWh)	400.0000000	0.57387081	240.48
Contribuição Iluminação Pública			22.66

Parceles
acumuladas
instantâneas de 35%
em 3%

TOTAL DA FÁTLER#

712.40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										72240
Nº DO RECEBIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)	
NP30300	CA1	23/12/2016	14 023,00	27/01/2017	15 233,00	30	1.000,00		400,00	

RESUMO DE CONSUMO		SÉRIE: INFORMAÇÕES DE INÍCIO		CONSUMO ACUMULADO	
Mês/ano		VALOR DE DÁZIMO		VALOR DO IMPORTE	
JAN 17	600				
DEZ 16	30			Gratidão do Benefício	R\$ 93,45
NOV 16	30			Frete Benefício	R\$ 3,48
OUT 16	0			Gratidão do Benefício	R\$ 94,62
SET 16	30			Gratidão do Benefício	R\$ 96,10
AUG 16	30			Gratidão do Benefício	R\$ 97,58
JUL 16	30			Gratidão do Benefício	R\$ 99,06
JUN 16	30			Gratidão do Benefício	R\$ 100,54
MAY 16	30			Gratidão do Benefício	R\$ 102,02
ABR 16	30			Gratidão do Benefício	R\$ 103,50
MAR 16	30			Gratidão do Benefício	R\$ 104,98
FEB 16	30			Gratidão do Benefício	R\$ 106,46
JAN 16	30			Gratidão do Benefício	R\$ 107,94
DEZ 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 109,42
NOV 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 110,90
OCT 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 112,38
SEP 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 113,86
AUG 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 115,34
JUL 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 116,82
JUN 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 118,30
MAY 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 119,78
ABR 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 121,26
MAR 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 122,74
FEB 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 124,22
JAN 15	30			Gratidão do Benefício	R\$ 125,70
DEZ 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 127,18
NOV 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 128,66
OCT 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 130,14
SEP 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 131,62
AUG 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 133,10
JUL 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 134,58
JUN 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 136,06
MAY 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 137,54
ABR 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 139,02
MAR 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 140,50
FEB 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 141,98
JAN 14	30			Gratidão do Benefício	R\$ 143,46
DEZ 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 144,94
NOV 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 146,42
OCT 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 147,90
SEP 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 149,38
AUG 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 150,86
JUL 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 152,34
JUN 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 153,82
MAY 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 155,30
ABR 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 156,78
MAR 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 158,26
FEB 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 159,74
JAN 13	30			Gratidão do Benefício	R\$ 161,22
DEZ 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 162,70
NOV 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 164,18
OCT 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 165,66
SEP 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 167,14
AUG 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 168,62
JUL 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 170,10
JUN 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 171,58
MAY 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 173,06
ABR 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 174,54
MAR 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 176,02
FEB 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 177,50
JAN 12	30			Gratidão do Benefício	R\$ 178,98
DEZ 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 180,46
NOV 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 181,94
OCT 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 183,42
SEP 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 184,90
AUG 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 186,38
JUL 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 187,86
JUN 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 189,34
MAY 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 190,82
ABR 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 192,30
MAR 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 193,78
FEB 11	30			Gratidão do Benefício	R\$ 195,26</

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Considere-se o seguinte problema de (1) controlado de maneira a 4.4.4.4.

Version 1.0.0.1	Released 2000.1	Value 1.0.0.1	Version 1.0.0.1	Released 2000.1	Value 1.0.0.1
--------------------	--------------------	------------------	--------------------	--------------------	------------------

[illegible][illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES

COMPOSTO	VELOCIDADE ACUSTICA m/s	LIMITE INFIMIL	LIMITE PROTECTOR	LIMITE ACRUEL	NIVEL DE RUÍDO	
					TIPO A MONTADO (N)	LIMITE DE VIBRAÇÃO MONTADO (N)
DNC	0,00	5,19	14,30	70,17		
PTC	0,20	2,13	9,47	12,69	220	202
DNC	0,00	2,06	0,00	0,00		731

Land: 0403 12,27 **RESERVA** - Valor do Estorno do Uso do Sistema de Gerenciamento = R\$ 6.21

CÓDIGO CONTRATO	MESES	FECHA DE VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0801502025	01/2017	13/02/2017	

272.40

838300000020 7240001 10002 880592025100 073210077838



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-PF





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Milena Rayme Jr. de Freitas

RG nº 8.861.697, data de expedição 26/08/2009 Orgão 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 Afonso</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 Rayme Jr. 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: 50.060-610
RECIFE-PE





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Paraguará de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-010
CNPJ 10.035.037/0001-63 / Insc. Est. 500943-92 / www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RITA LOPES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARTINS AFRÂNIO 154

CPF: 355.915.104-00

SAO FRANCISCO CARUARU
CARUARU PE
55008-280

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Manifesto

CONTA CONTRATADA Nº 0880592025
UNICA
DATA DE VENCIMENTO 13/02/2017
DATA DE CANCELAMENTO 23/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 272,40

CONTA CONTRATADA Nº 0880592025
MÊS/ANO 01/2017
DATA DE VENCIMENTO 13/02/2017
DATA DE CANCELAMENTO 23/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 272,40

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

*Parecer
acumulado
entrada de 35%
juntamente com 3%*

TOTAL DA FATURA 272,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	EDITURA	Nº DE TUBOS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
103208	CAT	38122118	1462100	21/02/2017	1562500	2	1,0000		400,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			
MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
DEZ/16	400	249,48	249,48
NOV/16	30	24,95	24,95
OUT/16	0	0,00	0,00
SET/16	0	0,00	0,00
AUG/16	0	0,00	0,00
JUL/16	0	0,00	0,00
JUN/16	0	0,00	0,00
MAY/16	0	0,00	0,00
ABR/16	0	0,00	0,00
MAR/16	0	0,00	0,00
FEB/16	0	0,00	0,00
JAN/16	0	0,00	0,00

COMPOSIÇÃO DE VALORES			
ICMS	VALOR (R\$)	ICMS (%)	VALOR (R\$)
ICMS	249,48	10,00	24,95
PIS	249,48	0,75	1,87
COPIS	249,48	9,25	22,94
TOTAL	249,48		249,48

TARIFAS APLICADAS

31F8FCFF 8335 B258 A3FE 4F6C 17D3 A766

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome da Companhia Paraguará de Pernambuco, inscrita no CNPJ nº 10.035.037/0001-63, sob o regime de tributação do Simples Nacional. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome da Companhia Paraguará de Pernambuco, inscrita no CNPJ nº 10.035.037/0001-63, sob o regime de tributação do Simples Nacional. A Nota Fiscal de Energia Elétrica é emitida em nome da Companhia Paraguará de Pernambuco, inscrita no CNPJ nº 10.035.037/0001-63, sob o regime de tributação do Simples Nacional.

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.
Condição de Pagamento: 30 dias após o vencimento.
Valor: 130,00
Data de Vencimento: 13/02/2017
Valor: 130,00
Data de Vencimento: 13/02/2017
Valor: 130,00
Data de Vencimento: 13/02/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DA INTERRUPÇÃO			
CONSUMO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,00	0,00	0,00
CONSUMO	0,00	0,00	0,00
CONSUMO	0,00	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO			
TENSÃO (V)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
TENSÃO	220	302	291

CONTA CONTRATADA Nº 0880592025
MÊS/ANO 01/2017
DATA DE VENCIMENTO 13/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 272,40



05.802.484/0001-11
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 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: Recurso - se Renda Mensal: R\$ Recurso - se

Documentos comprobatórios: Recurso - se

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Juliana Rayane Jr. de Freitas
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

11 JUL 2017

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





Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Milena Rayane Medeiros de Freitas,

RG: 8.861.697, data de expedição 26/08/2009

Órgão SS, 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 ES

Ano: 2013

Placa: KIT 8839

Chassi: 9C2JC4820DR083905

Data do Acidente: 09-02-2017

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



Milena Rayane Medeiros de Freitas

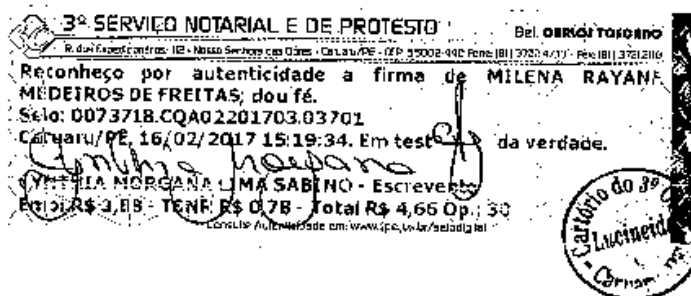
Assinatura do Declarante

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 502 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.050-310
PEFIFE-PE





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 (SAME)

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

09794 975/0268

FUSAM - Hospital Regional
do Agreste
07 232, Km 100
Indaial - SC 13.000-000
Caruaru - PE

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



Diego Henrique Brandão

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGENCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: DIEGO HENRIQUE BRANDÃO
Data Nas: 10/01/1990
CPF: 074.772.100-00
Endereço: Rua...
Bairro: SAO...
CEP: 55000-000
Nome da Mãe: ...
Acompanhante: ...
Motivo de Admissão: ...
Clínica: ...
Documento: 298319
Prontuário: 292526
Cor: PARDA
Religião:
CNS: 700501176249754
Nº: 0
Estado: PE
Profissão: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

Baixa Burocrática
Mat. 11703

2 - ATENDIMENTO

Quilômetro: ... Médico: MEDICO PLANTONISTA

paciente vítima de acidente de trânsito com
lesões em nível e ferimento contuso na reg. - costas
Vega transeu o tórax, lesa amniótica

Exame Físico

A: periton
B: MV@ em ANT SRA
C: RCR 2T SS, BCNF
D: GCS= 15
E: Ferimento contuso na reg. - costas
e lesões no pelo, MSB

Diagnóstico

Acidente de trânsito
Pânico do BMT
ALTA DA CIRURGIA GERAL

Dr. Wostenilto Crispim
Cirurgia Oncológica
CREMEPE 22.134

Prescrição

Data: 08/02/17

1) SRL 500ml EV 2h
2) Dexamet 0,2g + 10ml SE EV 6/6h
3) Tetratil 40mg + MD EV 12h
4) SSU 1000mg
Horário: 15:00, 15:30

Assinatura

Dr. Wostenilto Crispim

Cirurgia Oncológica

CREMEPE 22.134

11/02/2017

Assinatura

Dr. Wostenilto Crispim

Cirurgia Oncológica

CREMEPE 22.134

HOSPITAL REGIONAL DO NORTE
EMERGENCIA

3 - Evolução / Exames

Dr. Roberto F. Cerqueira
PA e PA de Ouvidor
PA de Madrugada
Prof. Dr. Paulo Roberto F. Cerqueira
Buco-Maxilo-Facial
Mar. 250.826-2

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desta unidade, sob a condição de que o mesmo não apresente nenhuma complicação 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 () Evadua-se
() Transferência: _____

Condição de Alta

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

Data: 09.02.2017

Hora: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. Paulo Roberto F. Cerqueira
Buco-Maxilo-Facial
Mar. 250.826-2

2/9/2017 2:46:22 PM

2 de 2



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

RECEITUÁRIO

Unidade: *H. PA*
Nome: *Dilzo Henrique Buncel*
Registro N°:
Clínica: Enfermaria:

*Monte Branco Radio Mico
de face.*
*M. Radio Mico PA de
Papel de Ombro C*
*02. Radio Mico PA de
Mandado*

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

Data 09/02/17

Prof. Dr. Paulo Roberto F. F. F. F.
Belo Horizonte - F. F. F. F.
Mat.: 230.825-2

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
RECIFE, PE



Atendimento: 298319 Pedido:  68184 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 Bt. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
LABORATÓRIO DE FOTOGRAFIA E IDENTIFICAÇÃO

**VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1302256396

Nome
DIEGO FERNANDES BRANDAO FERNANDES

DOC. IDENTIDADE (CND, CNH, RG, RP)
7426670 SED PE

CPF
074.477.434-96

DATA NASCIMENTO
13/05/1998

PLAÇO
NÃO DECLARADO

AVISEI DE BRANDAO
FRIEIS

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB**
AD

Nº REGISTRO
05102489492

VALIDADE
10/10/2020

1ª VALIDADE
13/12/2010

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador
Diego Brandao

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
07/10/2016

Assinatura do Emissor
[Assinatura]

5986881948
PE069283257

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1302256396

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

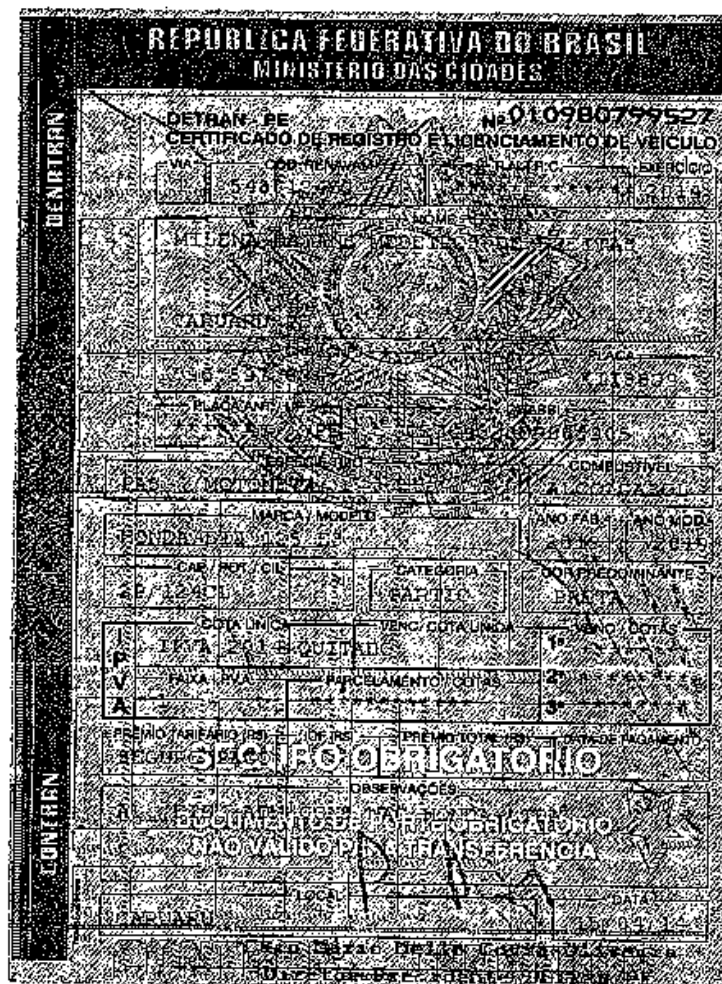
11 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





- 11 JUL 1967



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 SEGURADORA

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 Mileina 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 Espinheiros, 112 - Nova Serrinha dos Bicos - Caruaru, PE - CEP: 55002-040 Fone: (81) 3720-4733 - Fax: (81) 3720-1119

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 test. da verdade.

CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente

Emp. R\$ 3,88 - TS. R\$ 0,78 - Total R\$ 4,66 Op. 30

Consultar autenticidade em: www.tpojustia.org.br

DEL ORIXA TORORIO



05.802.494/0001-11
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

