
Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180296103

Vitima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296103**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180296103

Vitima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296103**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180296103

Vitima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AILTON DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296103**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180296103

Vítima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AILTON DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

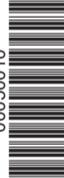
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180296103

Vítima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AILTON DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

045.492.094-61

Nome completo da vítima

Manoel Selvâstio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Manoel Selvâstio da Silva	CPF titular da conta	045.492.094-61	Profissão	Recurso - se
Residência	SC Barraeneira do Sul	Número	398	Complemento	
Bairro	Centro do Norte	Cidade	Bonito	Estado	PE
Email		CEP	55680-000	Telefone (DDD)	(83) 9.9668-4814

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
 NÚC. 6989
 (Inserir dígito se existir)

DV

 CONTA
 NÚC. 3351
 (Inserir dígito se existir)

DV

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Home	HBO
AGÊNCIA	HE	DV
AGÊNCIA	HE	DV
(Inserir dígito se existir)		
(Inserir dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor Indenizado. 05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Bonito, 04 de julho

Local e data

de 2012

Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Roupango

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2018

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - (CEP: 50.060-010)
Belo Horizonte - MG

República Federativa do Brasil
OFÍCIO ÚNICO DIMAS CÉSAR

Dimas de Albuquerque César Júnior

Tab. Pùb. Interino e Of. Interino do Reg. Geral de Imóveis

Marianne Ferreira Guardião de Albuquerque César

Escrevente Substituta

Rua Pautila Jordão, nº 40, Centro, Bonito-PE

e-mail: oficiounicodimascesar@hotmail.com - Fone: (81) 3737-1233

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
0.5.077.2019
Rua da Aurora, 10.175, S. 927 Bl. C
6551 Vila - CEP: 55680-000
RCFE-PE

Livro : 150-E

Folha : 021

Traslado 1

Prot. : 8772

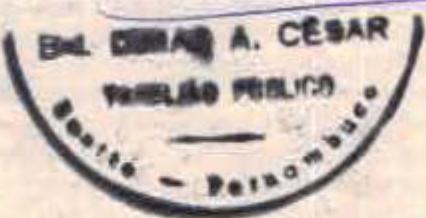
ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO que faz: MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA protocolada sob o nº 8772 na forma a seguir declarada.

SAIBAM - quantos esta Pública Escritura de Declaração de União Estável subscrita pelo Notário virem que 13 de agosto de 2018, neste Serviço Notarial - Dimas César - Ofício Único, situado à Rua Pautila Jordão, nº 40, Centro, nesta cidade do Bonito, Estado de Pernambuco, compareceu como outorgante Declarante o Sr. MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, analfabeto, nascido em 26 de dezembro de 1972, filho de Francisco Pedro da Silva e Madalena Maria Conceição, portador da Cédula de Identidade nº 4230681 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 045.492.094-61, residente e domiciliado no Sítio Bananeira do Sul, 398-A, Sítio Bananeira do Sul/Estreito do Norte - Bonito/PE- CEP 55680-000, reconhecido pelo próprio de mim Tabelião Interino, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo Declarante, falando sob as penas Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o Seguro DPVAT, me foi declarado que é residente do Sítio Bananeira do Sul, neste município do Bonito/PE CEP 55680-000 e não possui o laudo de Instituto Médico Legal - IML, pois não existe o mesmo em seu município, declarando ainda, possuir conta no Banco Bradesco agência 6989- 2 conta corrente de nº 0003351-0. Declara esta ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assina a rogo do Sr. MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA, em virtude do mesmo ser analfabeto, o Sr. JOSÉ AILTON DA SILVA, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3651897 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 882.665.404-20, residente e domiciliado na Rua Hercílio Vila Nova, 34-B, Centro - Bonito/PE CEP 55680-000. Assim justas, contratadas e convencionadas, me pediram que lhes lavrasse o presente instrumento, o qual depois de lido em voz alta e achado conforme aceitaram e assinam. Emolumentos - R\$ R\$ 164,16, F.E.R.C. - R\$ R\$ 16,42 e a T.S.N.R - R\$ R\$ 32,83 (Lei nº 11.404/96, adaptada pela Lei nº 12.148/2001). Dispensada a apresentação de testemunhas, de acordo com o § 5º, do Art. 215, do Código Civil de 2002; dou fé. (Lei nº 11.404/96, adaptada pela Lei nº 12.148/2001). Eu, MARTHA REJANE DO NASCIMENTO SILVA, Funcionária Credenciada, o digitei e assino dou fé. (a.a.) MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA, (A Rogo) JOSÉ AILTON DA SILVA SUBSCREVO E ASSINO. Em testemunho (sinal) da verdade. DIMAS DE A. CESAR JÚNIOR, TAB. PÙB. E OF. REG. INTERINO. Está conforme o original, ao qual me reporto e dou fé. Válido somente com o Selo de Autenticidade e Fiscalização. Selo nº 0075077 AOX07201801.01333.

SUBSCREVO E ASSINO.

Em testemunho _____ da verdade.

DIMAS DE A. CÉSAR JÚNIOR
TAB. PÚB. E OF. REG. INTERINO



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 SET 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 092^ª CIRCUNSCRIÇÃO - BONITO - DP92^ªCIRC
 DINTER1/14^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 16E0182000909

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/11/2016 às 11:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 22/8/2016 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BONITO, 1, PE 103, PROXIMO AO SITIO BANANEIRA DO SUL - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE AILTON DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
 MARCOS SEBASTIAO DA SILVA (VITIMA)



Policia Civil de Pernambuco
 Diretoria de Polícia Judiciária

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a): JOSE AILTON DA SILVA

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

JOSE AILTON DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nasc: MARIA JOSE DA SILVA
 Data de Nascimento: 8/8/1872 Naturalidade: GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
 2661897/06P/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º, GRAU COMPLETO Profissão:
 AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
 - 881986233212

Endereço Residencial: RUA TABELIAO HERCILIO VILA NOVA, 34, PROXIMO AO CEARENSE RESTAURANTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL

MARCOS SEBASTIAO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nasc: MADALENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 30/12/1994/0001-41
 Naturalidade: BONITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 42200661/06P/PE (RG) 065400005461
 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
 - 881987711914

27 JUN 2013

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BONITO, 1, SITIO BANANEIRA DO SUL, PROXIMO A AGENCIA MARIVALDO. - CEP: 55200-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL

PROFIP

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): JOSE AILTON DA SILVA, que estava em posse do(s) Sr(a): JOSE AILTON DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 Bros** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR8857** (PERNAMBUCO/BONITO) Renavam: **1013618182** Chassi: **BC2KD0550ER111800**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMAM QUE ESTAVAM TRAFEGANDO COM A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO A VITIMA TENTOU PEGAR UM PERTENCE QUE HAVIA CAÍDO E SE DESEQUILIBROU DA MOTO, QUE EM DECORRÊNCIA DISTO A VITIMA VEIO A CAIR E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, QUE NA OCASIÃO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE-PE, DIANTE DOS FATOS COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR O OCORRIDO.

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

Jose' Ailton da Silva

**JOSE AILTON DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)**

**MARCOS SEBASTIAO DA SILVA
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **MARCELEINO DOS SANTOS ALBUQUERQUE** - Matrícula: **315719-8**



Policia Civil de Pernambuco
Diretoria de Policia Judiciária

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2013

Rua da Aurora, N° 125, Sl 302 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RJ/CEPE-PE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Marcos Selvastião da Silva

CPF da Vítima

045.492.094-61

Data do Acidente

22/08/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Marcos Selvastião da Silva

CPF do Representante legal

045.492.094-61

E-mail

Telefone (DDD)

(81) 29633-3213

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 51º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

 05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Bonito, 04 de junho de 2018

 27 JUN 2018
 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 B, C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RICCIPE-PE

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/08/2016 18:20

	Nome Paciente: MARCOS SEBASTIO DA SILVA
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 26/12/1972
	Sexo: Masculino
	Idade: 43
	Senha: U0049
	Convênio: -
	Atendimento:

22/08/2016 18:20 - JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**

Cor:  **LARANJA**

Queixa Principal: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APÓS INGERIR BEBIDA ALCOOLICA HA CERCA DE 06H, APRESENTANDO RNC, LESÃO EM REGIÃO CRANIANA+ LESÃO EM MSD E ESCORIACÕES PELO CORPO. NÃO CONTACTUA.

Observação: SENHA: 4986764

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA DE PULSO: 76.00 BPM (RÍTMICO)
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICEMIA: 106.00 MG/DL
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

Rua da Aurora, 18175, 51.902 Bl. C
Belo Horizonte - CEP 30.060-010

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO RECIFE-PE

Data: 22/08/2016 18:20

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.933/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0086347-03



Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA ROSEANE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE DO ACESSO:

EL BANANERO DO-2000-000-A

BITTO BANANEIRA DO SUL/ESTREITO DO NORTE
55680-000 BONITO PE

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

DATA DE VENCIMENTO 11/05/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/05/2018	CONTA CONTRATO 007011734299
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 04/05/2018	Nº DO CLIENTE 2012295981
	NUMERO DA NOTA FISCAL 015037642	Nº DA INSTALAÇÃO 0005641879

CLASSIFICAÇÃO 000564 (878)
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico
RESERVADO AO FISCO
9A45,0CB3,770F,4B91,5942,7069,AD11,D80B

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	20,00	0,17736810	3,54
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,38508818	21,35
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	14,00	0,45763228	6,41
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,00
Contribuição Iluminação Pública			0,00
Multa por atraso-NF 007580145 - 02/03/18			0,40
Multa por atraso-NF 011260344 - 03/04/18			0,62
Juros por atraso-NF 007580145 - 02/03/18			0,37
Juros por atraso-NF 011260344 - 03/04/18			0,23
Atualização IGPM-NF 007580145 - 02/03/18			0,22
Atualização IGPM-NF 011260344 - 03/04/18			0,12
Compensação DIC Mensal 03/18			0,03
TOTAL DA FATURA			40,64

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Consumidor é não pagamento da(s) conta(s) da energia elétrica(s):		
Versão	Últ. Recar.	Veloc.
12345678	06/07/11	28,85
Em caso de não pagamento da(s) conta(s) da energia elétrica(s):		

Em caso de não pagamento de débitos, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão em uma lista de reunião de crédito do SPC e SÉRASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores nem como não atinge débitos em desfavor judicial que possam ser cobrados ou se o fizerem.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo ate 30 kWh	R\$ 0,19250299	MAJ	18
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	R\$ 0,20544021	ABR	18
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh	R\$ 0,22678877	MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	17
		NOV	17
		OUT	17
		SET	17
		AGO	17
		JUL	17
		JUN	17
		MAI	17

DEMONSTRATION OF AN INTEGRATED

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FIMIÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NP GIAU	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO SWR
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
8866000001212506683	CAT	03/04/2018	4.528,00	14/05/2018	4.734,00	31	1,000000	0,00	196,00

REVISÃO E ENQUETAS 2012

DURADURA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROX.	META GERAL	META TRIM.	META ANUAL
2004/2005					
DIC-Não houve saída Energia	BONITO	11,57	11,43	23,90	42,88
PTC-Não houve saída Energia		5,92	7,87	15,34	38,68
DIC-Nº de interrupções máximas de interrupções contínuas		3,57	6,29	9,09	9,09
DIC-Nº de interrupções de interrupções em dia útil			Limite DIC: 16,40		

DATA PRIVATA PHRASAL PROCESA L'UTRA: 2000

INFORMAÇÕES IMPORTANTE

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,47% para Baixa Tensão e 9,50% para Alta Tensão-REH 2.388/18. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.anatel.gov.br. O cliente é compensado quando há variação na continuidade individual ou no nível da tensão de fornecimento. Pagto. em atraso para multa 2% (Res144/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mais isenção do ICMS conforme art. 8º, XLVIII, n. 2.2.2, do RICM6-PE. Desconto para aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 26,48. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V) TENSÃO CORRENTE DE SEGURANÇA(V)	LIMITES DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

Flora da Amazônia, 30 (2005)

ESTATE PLANNING

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	Boa Vista - CEP: 50.060-000
007011734299	05/2018	0,00	11/05/2018	TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.				

2019-2020

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, 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 reaseguro.

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 José Ailton da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 882.665.404-20,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Selválio da Silva inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 045.492.094-61, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Manoel Selválio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.492.094-61, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
 Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Heráclio Vila Nova</u>	<u>34</u>	
<u>Centro</u>	<u>Estado</u>	<u>PE</u>
<u>Bonito</u>	<u>CEP</u>	<u>55680-000</u>
	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(183) 9.9633-3213</u>

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

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

RECIFE-PE

José Ailton da Silva
 Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, José Ailton da Silva,
portador do RG: 3951897, data de expedição 07/08/2014,
órgão expedidor SSP / PE, CPE: B1812.1665.404-29,
com domicílio na cidade de Bonito, no estado de PE,
onde resido na Travessa Tabetiana Herálio Vila, 106,
número 34, complemento .

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, maneos Sebastião da Silva,
cujo condutor era José Ailton da Silva.

VEÍCULO: Motocicleta

ANO: 2014

MODELO: Honda /NXR 150 PRESES

PLACAS: OYR 8637

CHASSI: 9C2KD0550ER111900

DATA DO: 08/05/2017

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

Bonito de maio de 2017
Local e Data

Rua da Alegria, N° 122
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

José Ailton da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

José Ailton da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

OFÍCIO ÚNICO DIMAS CÉSAR - *Dimas de Almeida César Junior - Taboão Interino*

R. Frei Galvão, nº 40, Centro, CEP: 50080-000, Bento PS, SC. (41) 3239-1250, www.dimascezar.com.br, dimas@dimascezar.com.br

Reconheço por autenticidade a firma de José Ailton da Silva
em 08/05/2017 e que é sua firma, em verdade. Cart. do
Ofício Único de Bento/PE, DIMAS DE A. CÉSAR
JUNIOR - TAB. - P.R.B. E OF. - REB. INTERINO, Enc. R.R.
3,41, R\$ 10,78, FERG. R\$0,37 Total R\$11,16
Salvo: 0075077.CTA00001701.04577/Lois. Aut. no



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Marcus Serralhão

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/08/16

SRPA - Vivendo *

Paciente extubado, mantendo-se intóxico
em ar ambiente. Sem intercorrência
Col. Alto do SRPA.

005

CEM 19239

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/CE

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/08/2016 18:20

	Nome Paciente:	MARCOS SEBASTIO DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	26/12/1972
	Sexo:	Masculino
	Idade:	43
	Senha:	U0049
	Convênio:	
	Atendimento:	

22/08/2016 18:20 - JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APÓS INGERIR BEBIDA ALCOOLICA HA CERCA DE 06H, APRESENTANDO RNC, LESÃO EM REGIÃO CRANIANA+ LESÃO EM MSD E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NÃO CONTACTUA.

Observação: SENHA: 4986764

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA DE PULSO: 76.00 BPM (RÍTMICO)
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICEMIA: 106.00 MG/DL
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

Rua da Aurora, N° 175, 5º 902 BL C
Bairros: Cidade: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO

Data: 22/08/2016 18:20



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



• Informações do Atendimento

Consulta.....: 07/10/2018 13:00Hr
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO
Médico.....: 136 - GIOVANNI GRASSI
Agenda.....: 29600

Informações do Paciente

Paciente.....: 1555899 Same.....:
Nome.....: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 997711914 / Celular: () - Nasc.....: 26/12/1972
Endereço.....: SITIO PEDRA REDONDA, 1 - ZONA RURAL - BONITO - PE - Cap: 56680000
Cidade.....: BONITO

Agendado por: GILBERTOMSJ

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2018

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

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/02/16

58 PA-101146-4

(♂, 43a, 10-214)

* HD: 1) Politeama pl ac. motociclistelor
2) re DPO cu chinezem cu HEDA

* em uso de: sei: vom 14

DJA ♂

ATB: afoxolaner profilótica

Paciente sedado, sed UMA, TOR n.º 3,0, cuff insuflado, modo PCV, evem adaptado ao respirador. Estável hemodinamicamente, sem uso de IMA.

* Cd. 1) Coligo redação vigiar nível de consciência.
2) Arg. vii.

23/08/16 SRPA ^{M.60} ~~Surf~~ ^{10.19} 10.19

8h pat U66 fat bulked pup 6
PL 40, pup 70 FR16, F102 40%, FC 63 b.m.
SP02 100%, pA 142/77 in by car.
dieno cátalico con drayer herida
MSP NSB, con dispositivo urinario
desligado. Sedado, anestesia apilid
sepia in alcá 4- U77

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NAME: MARcos SEBASTIAo DA SILVA	PRONTUARIO: 1555899	ATENDIMENTO: 00689639
DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1972	FOI ATENDIDO EM: 22/08/2016 AS	
DATA DA ALTA: 29/08/2016 AS 10:30		

* Diagnóstico Provável:

1. HEMATOMA EXTRADURAL
2. CONTUSÃO CEREBRAL

CID-10: S06

Tratamento Realizado:

DRENAGEM DE HEDA
CONTUSÃO - TRATAMENTO CONSERVADOR

Observação:

REPOSO DOMICILIAR POR 30 DIAS
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO COM HISTÓRIA DE INGESTA ALCOÓLICA + ACIDENTE DE MOTO

Encaminhado para:

1. AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA 30 DIAS APÓS ALTA
2. RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS
3. LAVAR FERIMENTO COM SABONETE NEUTRO E APLICAR ALCOOL A 70%
4. SEGUIR ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA ALTA

Dr. Dhyego Lacerda
Neurocirurgião
CRM: 19617

DHYEGO FERREIRA MOREIRA DE LACERDA - CRM: Nº 19617

Recife, 29, AGOSTO , 2016

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, seguindo a recomendação N° 94/2002 do Ministério Público do Estado do Pernambuco.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2016

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Carido

Mario Sébastião da
Silva

neg 815114

Relato de TCE com HEDA
e contusões cerebrais

em 22/8/16

sendo operado para drenar
necrose encefálica
envolvida com BACT

sem definições

visual

relatado Tomografia cranio
fase e parecer OK.

10/8/16

Recife 21/10/16

Giovanni Grassi
Neurocirurgia
CNEPE 11069

msf

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27.11.2016

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Joga Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA
PRONTUÁRIO: 1555899
DATA/HORA: 25-08-2016 19:24

SEXO: Masculino
ATENDIMENTO: 689639

DATA NASC: 26/12/1972
Leito 502-L5

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 25/08/2016 Hora:

#NOTA DE ADMISSÃO

HD: PO DRENAGEM HEDA (22/08)

PACIENTE SEGUO ESTAVEL
ASSINTOMATICO

AO EXAME:
EGB, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.
C/P: DRENO CEFALICO DEBITO SANGUINOLENTO, 150ML.
ACV: RCR2T S/SOPROS
AF: MV AHT, SEM RA
ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPANICO.
EXT: SEM SINAIS DE TVP.
NEURO: ECG: 14; PUP ISOFOTO, MOE+, FACIAL SIMETRICO, FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CD: VIGILANCIA



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



• Informações do Atendimento

Consulta.....: 07/10/2016 13:00Hr
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO
Médico.....: 136 - GIOVANNI GRASSI
Agenda.....: 29600

Informações do Paciente

Paciente.....: 1555899
Nome.....: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 997711914 / Celular: () -
Endereço.....: SITIO PÉDRA REDONDA, 1 - ZONA RURAL - BONITO - PE - Cap: 55680000
Cidade.....: BONITO
Agendado por.....: GILBERTOMS.J

Same.05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Nasc.....: 26/12/1972
Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 B.E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

FRONTRÁRIO: 1555893

SEXO: Masculino

DATA NASC: 26/12/1972

DATA/HORA: 28-08-2016 12:33

ATENDIMENTO: 689639

Leito 502-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 28/06/2015

-50-

NOTA DE EVOLUÇÃO

HO: PO DRENAGEM HEDA (22/08)

PACIENTE SEGUE ESTAVEL, SEM QUEIXAS, FIC PRESENTES.

AO EXAME: **EXCELENTE. SEM SINAIS DE DANO. HEPATOCITO BIOMÉTRICO AFERRO.**

958, CONSCIENTE, OMN

ACÔ: RCR2T S/SOPROS

AD: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVO, INDOLOR, TIMPANICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP. INT: SEM DANO, PONTO MOLHADO, FACIAL SIMETRICO, FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

第二部分

4002 29/09/116

05.8020434/0001-81
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUIN 2019
Rue du Aurora, 10175, 1002 BL
Sala Vista - 249-1000-010
REC'D. P.E.I.
Anil Comarla

Co. 00000000

Dr. D. H. Duggal
Mysore University
C. B. S. 1961

FICHA DE ANESTESIA

Data

22/02/16

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

JOAQUIM SÉRGIO VASCONCELOS

CRM

199381

Nome do Anestesista

CONCEIÇÃO

Medicação Pre-anestésica

16 - 689817

Nome do Cirurgião

Cirurgia

Craniotomia e Drenagem de Hematoma
extrodural

Histórico

1970

O₂

N₂O

Sed

Líquidos

Sx O₂

ECG

EEG

NI



Manoel Sebastião da Silva

EVOLUÇÃO CLÍNICA

22/08/11

NOTA OPERATIVA

Paciente submetido a craniotomia para drenagem da HEDA F-T-P esquerda. Shagay grandissima e so. apresentando discreta postura extensora.

- ② A SBPA
 - ③ ciudades norteamericanas

Dr. Adriano Ximenes
Neurocirurgia
CRM-PE: 21845

226816 Paciente admitido en FOI de convulsión p/
(21:55L) con icd HEMA. Sospecha intracra, en Neurología hicieron
toma de FD c/ anexo (hemorragia) q intrahemato no se vió e
en su intervención se realizó la fuga + muestra. Tapa dura blanca q
- era. Abordaje 'falso'. APP c/ HGT, SHT 100L. PA=114x67 mmHg.
Vânia Piaz

221 # 511A #

05.802.494/0001-41

los # PDI y en caso de HC

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27. 11. 1977

Pls give, subd to Aurora, 119 175, 51 90204
Bldg View - CAP 500004011
eternal reminder

TA - 130 x 19 - 18

ARMED

Cd 0512

207

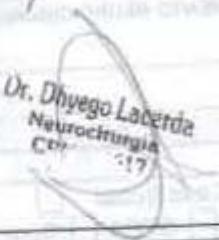
Silence
1951

RELATÓRIO DE MATERIAL UTILIZADO

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

HOSPITAL: Da Restauração	CONVÉNIO: SUS
PACIENTE: Mancor Sebertião da Silva	
CIRURGÃO: Abraão Ximenes	PRONTUÁRIO Nº 697517
DATA DA CIRURGIA: 23/03/2016	CARTEIRA Nº

<p>VISÃO E CAIXINHO DO CIRURGÃO</p>	<p>REPRESENTANTE RESPONSÁVEL: 27 JUN 779</p> <p>Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C</p> <p>Boa Vista - CEP 50.060-010</p> <p>Ass: 87711112</p> <p>Contendo / Abastecido de uso Data: / /</p>
-------------------------------------	---

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: <input type="checkbox"/> Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: <input type="checkbox"/> Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: <input type="checkbox"/> Hora:
$\text{Glasgow: } 1 + 2 + 4 = 7$		
E: Exposição/Abdômen: <i>abdomen, desprotegido, sem VMS</i>		
G: Exangue em MID, <i> pupilas anisocônicas ($D > P$) - Não reagentes</i>		
Diagnóstico Inicial: <input type="checkbox"/> TCE	Cod. Procedimento: <input type="checkbox"/>	
Conduta: <ol style="list-style-type: none"> ① Solicito TAC ciamio s/ contrade. ② Realizo IOT 	Ass. Médico: 	
Evolução de Enfermagem: <input type="checkbox"/>	Ass. Enfermagem: <input type="checkbox"/>	

Definição do Caso:	Condição de Alta:	
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: _____ Transferido para: _____	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito	

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	CRM: _____ Data: _____ Hora: _____
Médico: _____	
Termo de responsabilidade para Internamento:	
- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____	Assinatura: _____
Termo de responsabilidade de alta a pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____	Assinatura: _____
Data e Hora Impressão: 22-Aug-16	

22/08/16
18:30h

*Dr. Dhyego Lacerda
Neurocirurgia
CRM: 19617*

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: WILSON SANTOS DA SILVAREGISTRO: 155849/680513IDADE: 43

SEXO: M() F()

SETOR DE PROCEDENCIA: ENFERMAGEM

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: DR. JESUÍTOANESTESISTA: DR. JESUÍTO1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR: ENFERMEIRA: DIANECIRULANTE:

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: ECO. NEXUS 5.0 X 1000 INICIO 19:50 TÉRMINO 20:27TIPO DE ANESTESIA: GA INICIO: 19:45 TÉRMINO: 20:25

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()

RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDIACA _____ PULSO _____ PA _____

PELE: INTEGRAL () LESIONADA () DIURESE: ESPONTÂNEA () SONDA () DISPOSITIVO URINARO () ALÉRGIA: _____ PERTENCES: _____

PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITIO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTARIA: SIM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLOGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA M1A

CONTAGEM DE COMPRESSAS: INICIO: _____ FINAL: _____ CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INICIO: _____ FIM: _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO () QUAL: _____ HORA: _____ PREENCHEU COTA: SIM () NÃO ()

GARROTEAMENTO: SIM () NÃO () TEMPO DE GARROTE: INICIO: _____ FINAL: _____

CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS _____ CONFERIDO POR: _____ HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR () OXIMETRO () CAPNOGRAFO () PNI () ASPIRADOR MONTADO () MANTA TERMICA () AP.VIDEO () TORPEDO DE NITROGENIO () TORPEDO DE CO2 () BISTURI ELÉTRICO () MICOSCOPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSÔNICO () TRAÇÃO CORRETORA DE SEGURAS () TDA ()

INTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM () NÃO ()

27/11/2011

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO () NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: Rua da Árvore, nº 125, 5º 907 BLCSOLUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: DR. VIDA - CEP: 50.060-010

CULTURA: SIM () NÃO () EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () GASOMETRIA: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1555899	ATENDIMENTO: 0068969
DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1972	FOI ATENDIDO EM: 22/08/2016 AS	
		DATA DA ALTA: 29/08/2016 AS 18:06

Diagnóstico Provável:

1. HEMATOMA EXTRADURAL
2. CONTUSÃO CEREBRAL

COD-10: S06

Tratamento Realizado:

URENAGEM DE REDA
CONTUSÃO - TRATAMENTO CONSERVADOR

Observação:

REPOSO DOMICILIAR POR 30 DIAS.
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO COM HISTÓRIA DE INGESTA ALCOÓLICA + ACIDENTE DE MOTOCICLETA.

Encaminhado para:

1. AO ANBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA DIA DIAS APÓS ALTA
2. RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS
3. LAVAR FERIMENTO COM SABONETE NEUTRO E APLICAR ALCOOL 70%
4. SEGUIR ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA ALTA

Dr. Dhyego Lacerda
Neurocirurgia
CRM: 14677

DHYEGO FERREIRA MOREIRA DE LACERDA - CRM: Nº 19617

Recife, 29, AGOSTO, 2016

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Contribuinte do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA

IDADE: 43 ANOS

REGISTRO: 1555899

ADMISSÃO HR: 22/08/16

ADMISSÃO SENEC: 23/08/16

#HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE ADMITIDO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 6H. À ADMISSÃO, ECG 07, SENDO INTUBADO. REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HEDA VOLUMOSO TPO ESQ. SUBMETIDO A DRENAGEM DO HEMATOMA SEM INTERCORRENCIAS NO PO.

#ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

AO EXAME:

EGB, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.
C/P: DRENO CEFALICO DEBITO SANGUINOLENTO, 150ML.

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVE, INDOLOR, TIMPANICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: ECG: 14; PUP ISOFOTO, MOE+, FACIAL SIMETRICO, FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.



espaço de

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente:	Marcus Sebastião da Silva		Nº do Registro:	1555891
Clinica:	NCR		Nº do leito:	
Operador:	Dr. José Luiz Albu + Dr. Abraão Ximenes			
1º Assistente:	Dra Maria Augusta		2º Assistente:	
Instrumentador:			Anestesista:	Dr. Mansel
Anestesia:			Duração:	
Data da Operação:	22/08/16	Inicio:	Fim:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	HEDA F-T-P esq.			
Diagnóstico Pós-Operatório:	O mesmo			
Operação Proposta:	Craniotomia para descompressão da HEDA			
Operação Realizada:	A proposta			

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Reverte em decúbito dorsal, cobreja individualizada para
belta 2) Tricorticícia 3) Aspiração - antisepse
- 4) Injess tipo Baker + esquerda 5) Hemostasia
- 6) Craniotomia F-T-P - esquerda ci visualização de
grande hematom extra-cranial 7) Descompressão da
hematom + coagulação de varas dura 8) Sutura
- 9) Sutura nas bordas: em fincha 10) Cranioplastia
com placas e parafusos 11) Revert de hemostasia
- 12) Sutura do miolo temporal 13) Sutura da pele
por pluma 14) Curta compressão

Dr. Abraão Ximenes
Neurocirurgião
CRO-PE 2445

NOME: MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1555899

SEXO: Masculino

Pernambuco

DATA/HORA: 27-08-2016 10:03

ATENDIMENTO: 689639

DATA NASC: 26/12/1972

Leito: 502-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/08/2016 Hora:

NOTA DE EVOLUÇÃO

HD: PÓ DRENAGEM HEDA (22/08)

PACIENTE SEGUE ESTAVEL, SEM QUEIXAS, FE PRESENTES.

AO EXAME:

TOG: CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOOR, TIMPANICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: ECG: 15; PUP ISOFOTO, MOE+, FACIAL SIMETRICO, FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CO: VIGILANCIA


R. 2016-08-27



NOME: MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1555899

SEXO: Masculino

DATA NASC: 26/12/1972

DATA/HORA: 23-08-2016 20:17

ATENDIMENTO: 689639

Leito 502-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 23/08/2016

Hora: 20:09

#NOTA DE ADMISSÃO

HD: PO DRENAGEM HEDA (22/08)

#HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE ADMITIDO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 6H. À ADMISSÃO, ECG 07, SENDO INTUBADO. REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HEDA VOLUMOSO TPO ESQ. SUBMETIDO A DRENAGEM DO HEMATOMA SEM INTERCORRENCIAS NO PO.

#ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

NEGA HAB, DM E ALERGIAS.

AO EXAME:

EGS, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL. C/P: DRENO CEFÁLICO DEBITO SANGUINOLENTO, 150ML.

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPANICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: ECG: 14; PUP ISOFOTO, MOE+, FACIAL SIMETRICO. FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CD: SÓLICITO ROTINA LAB + TC DE CRANIO
VIGILANCIA NEUROLOGICA



Notificação 291 B1/16
Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEH-HRSES - NEPI

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

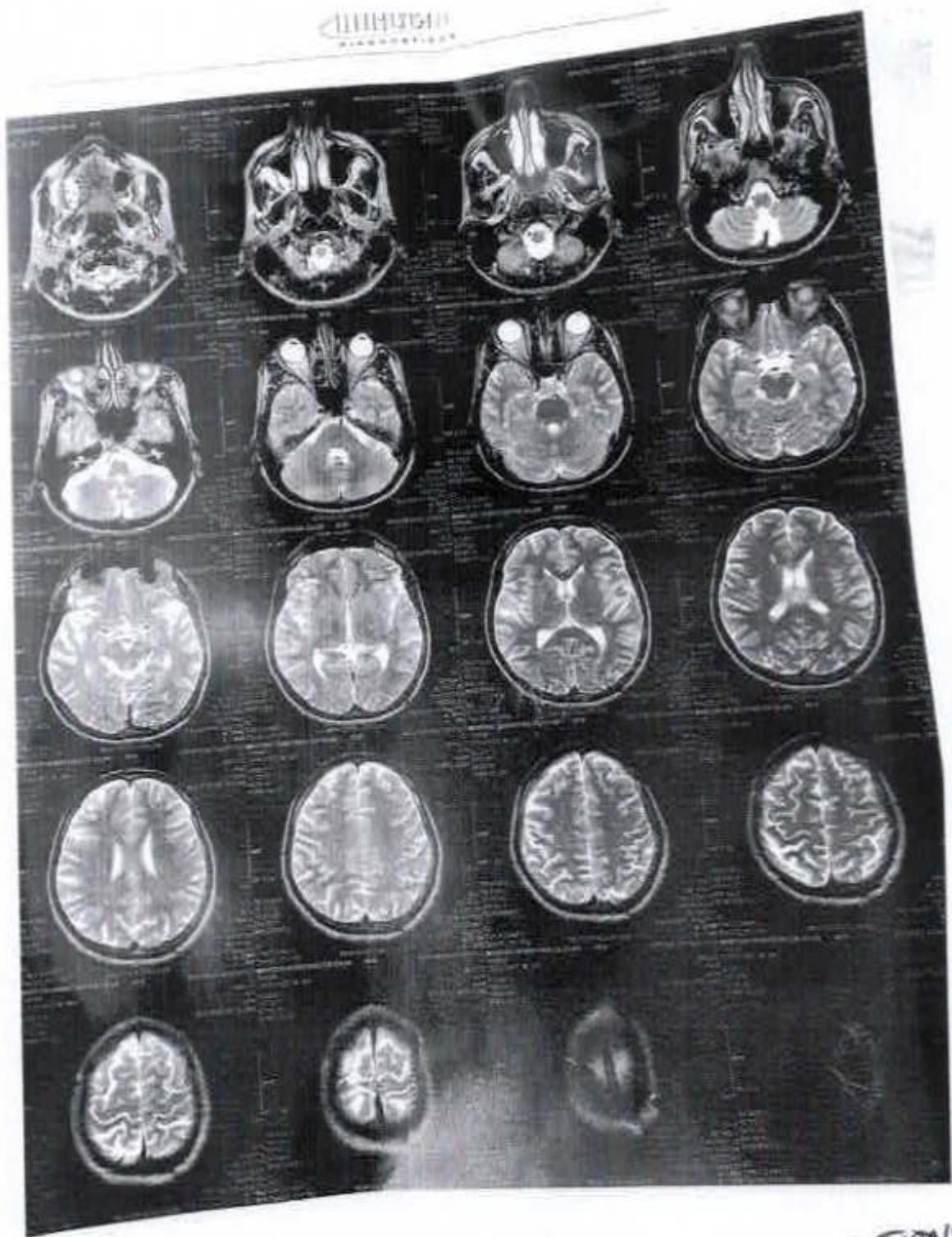
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Regis

689517		Data e Hora de Atendimento: 22/08/2016 18:27	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1555899 Paciente: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA Data de nascimento: 26/12/1972 Idade: 43a 7m 26d		Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:		Acompanhante:	
DOC ID / Data expedição 4230681 / 09-Sep-89	Mãe: MADALENA MARIA DA CONCEICAO Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA		Cartão SUS: 898004848800996
Endereço: SITIO PEDRA REDONDA Bairro: ZONA RURAL Cidade: BONITO		Número 1 Complemento: Telefone: 997711914	
Ocorrências: - do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGICO - procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social: Confirmação de nome: DATA: <i>23/08/2016</i> Confirmação de endereço: MEDICO: <i>DR. FELIPE</i> Fones: <i>(65) 87711514</i>			
Assistente Social <i>Assistente Social Data: 23/08/2016</i>			
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input checked="" type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			
Observação: <i>ACOVIDAMENTO A MARIA ROSANE DA SILVA (filha) (65) 87711514</i>			
História Clínica: <i>Paciente vítima de queda de moto, alcoolizado, apresenta trauma crânio encefálico, evoluindo c/ RNC e lesões pelo corpo. Nas cintas</i>			
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Tipo: <i>Transporte realizado Por:</i>	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: <i>1,60m</i>	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?			
Exame Físico:			
A: Geral		Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
B: Respiratório		O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Temp: <i>36,5</i>	
C: Circulatório		PA: <i>120/80</i>	mm: <i>100</i>
D: Digestivo		Pulso: <i>60</i>	
E: Genitourinário		Técnico: <i>DR. FELIPE</i>	
F: Endocrinológico		BPRP: <i>60</i>	
G: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
H: Oftalmológico		TOXA: <i>0</i>	
I: Urológico		TOXA: <i>0</i>	
J: Ginecológico		TOXA: <i>0</i>	
K: Dermatológico		TOXA: <i>0</i>	
L: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
M: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
N: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
O: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
P: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
Q: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
R: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
S: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
T: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
U: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
V: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
W: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
X: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
Y: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
Z: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AX: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AY: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AZ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AX: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AY: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AZ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AX: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AY: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AZ: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AX: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AY: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AZ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AX: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AY: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AZ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AX: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AY: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AZ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AX: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AY: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AZ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AX: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AY: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AZ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AX: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AY: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AZ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AX: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AY: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AZ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AA: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AB: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AC: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AD: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AE: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AF: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AG: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AH: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AI: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AJ: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AK: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AL: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AM: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AN: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AO: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AP: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AQ: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AR: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AS: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AT: Psiquiátrico		TOXA: <i>0</i>	
AU: Neurológico		TOXA: <i>0</i>	
AV: Fisiológico		TOXA: <i>0</i>	
AW: Psiquiátrico		TOXA:	

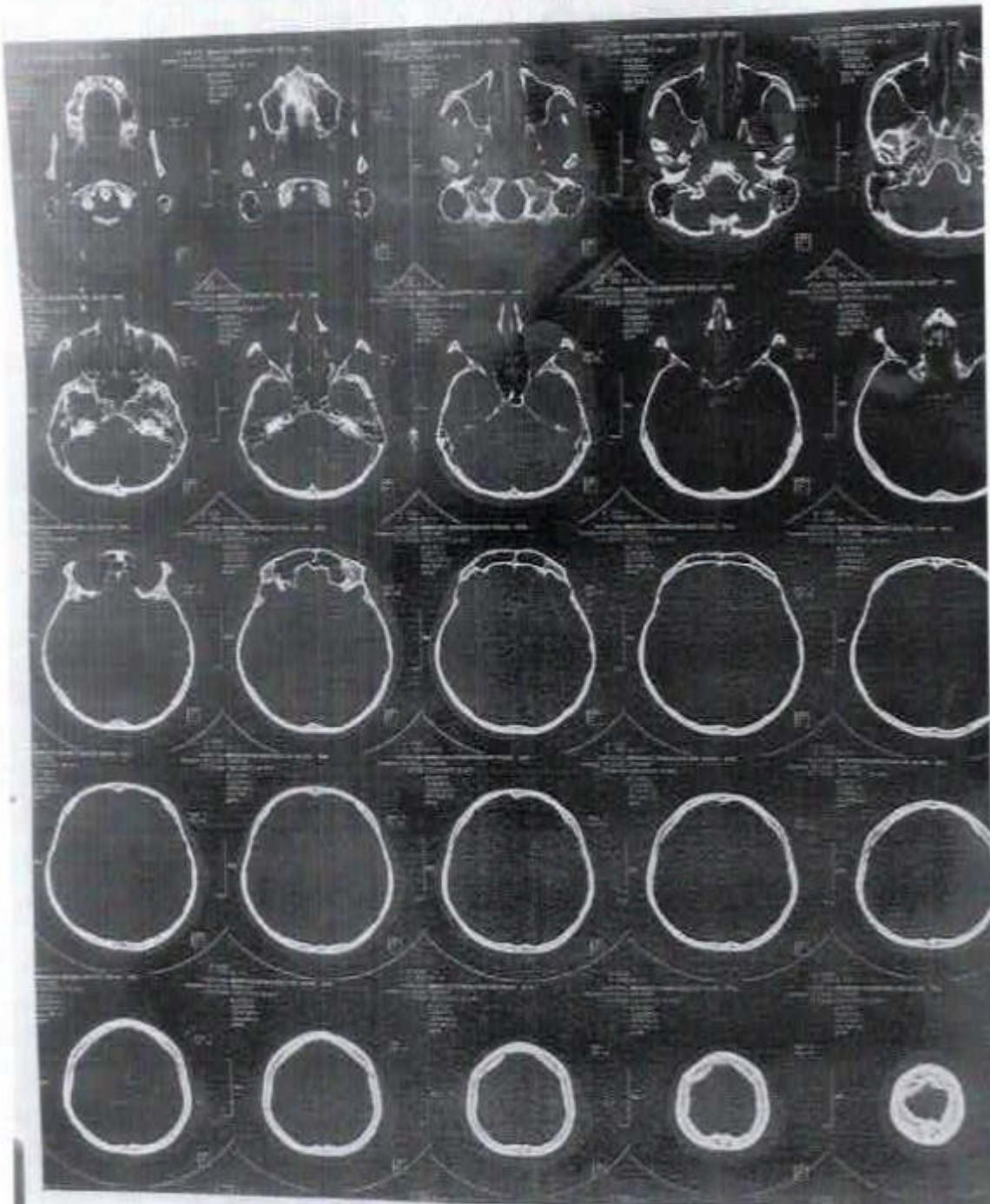


...l. 961 - Mauricio de Noronha - Ceará - PE

05.802474/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12/11/2019

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

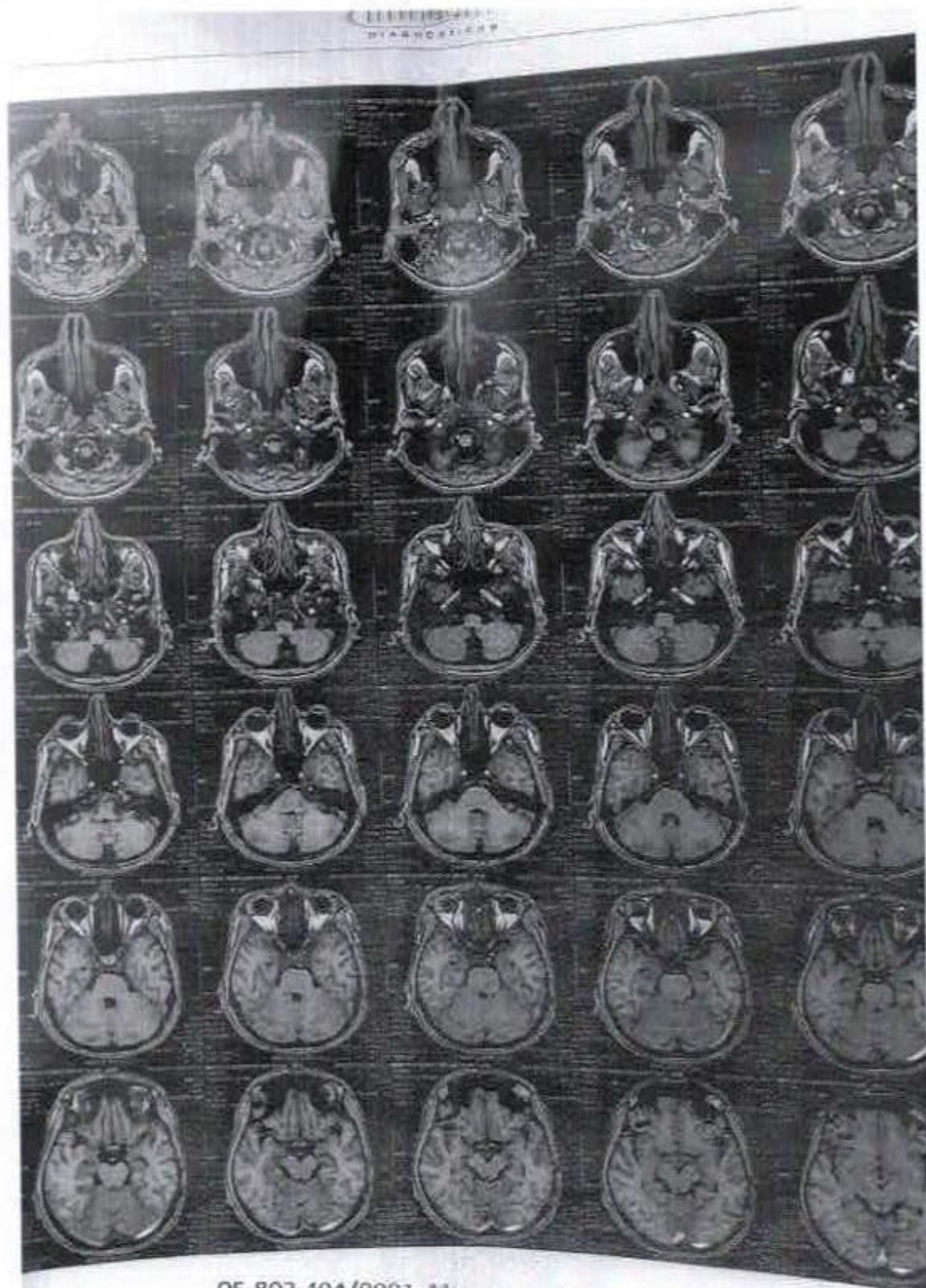


Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE - CEP: 50170-000 - Fone: (081) 3333-5400

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 NOV 2014

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC
Boa Vista - EEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41

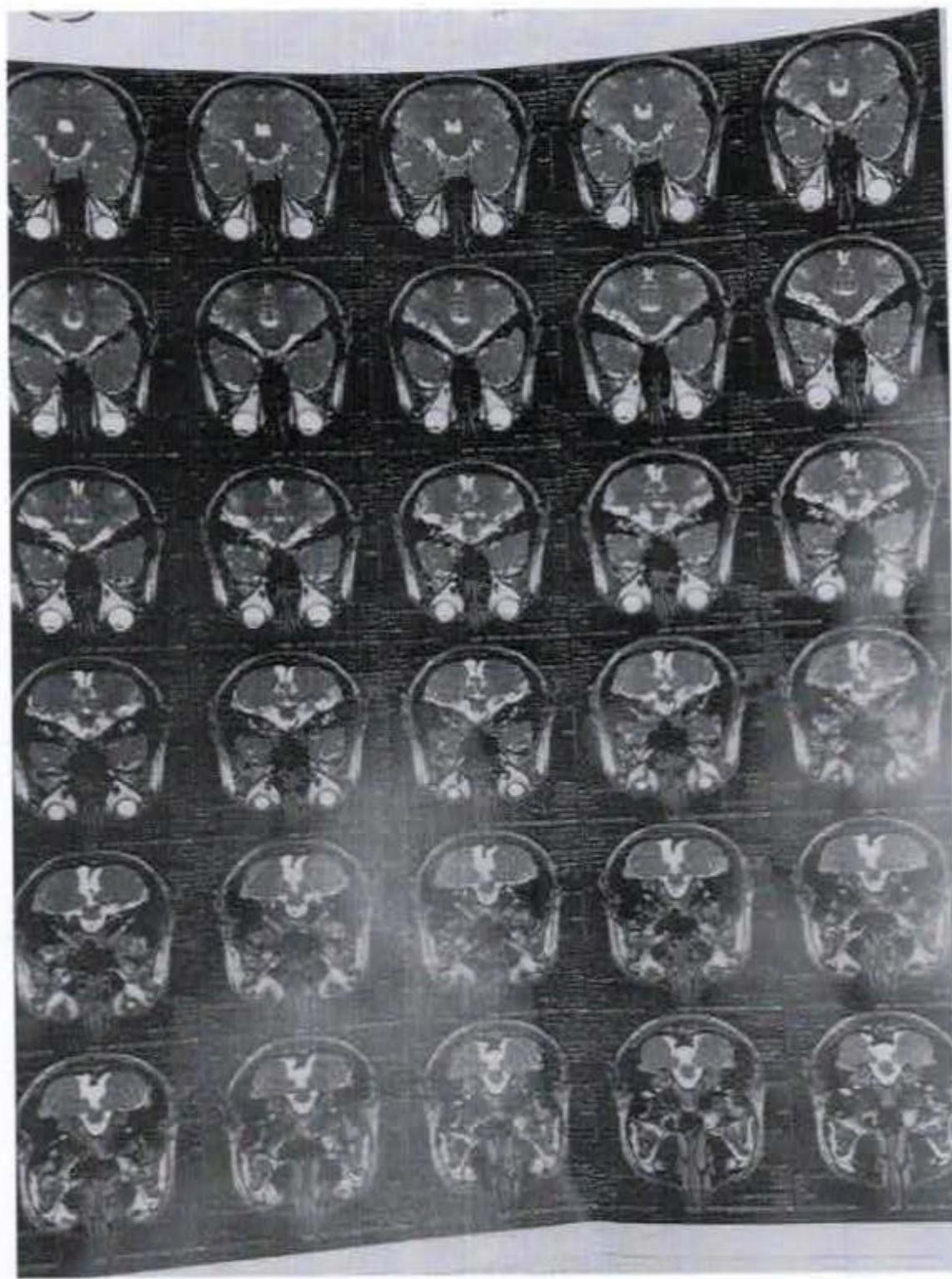
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 NOV 2014

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12/07/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



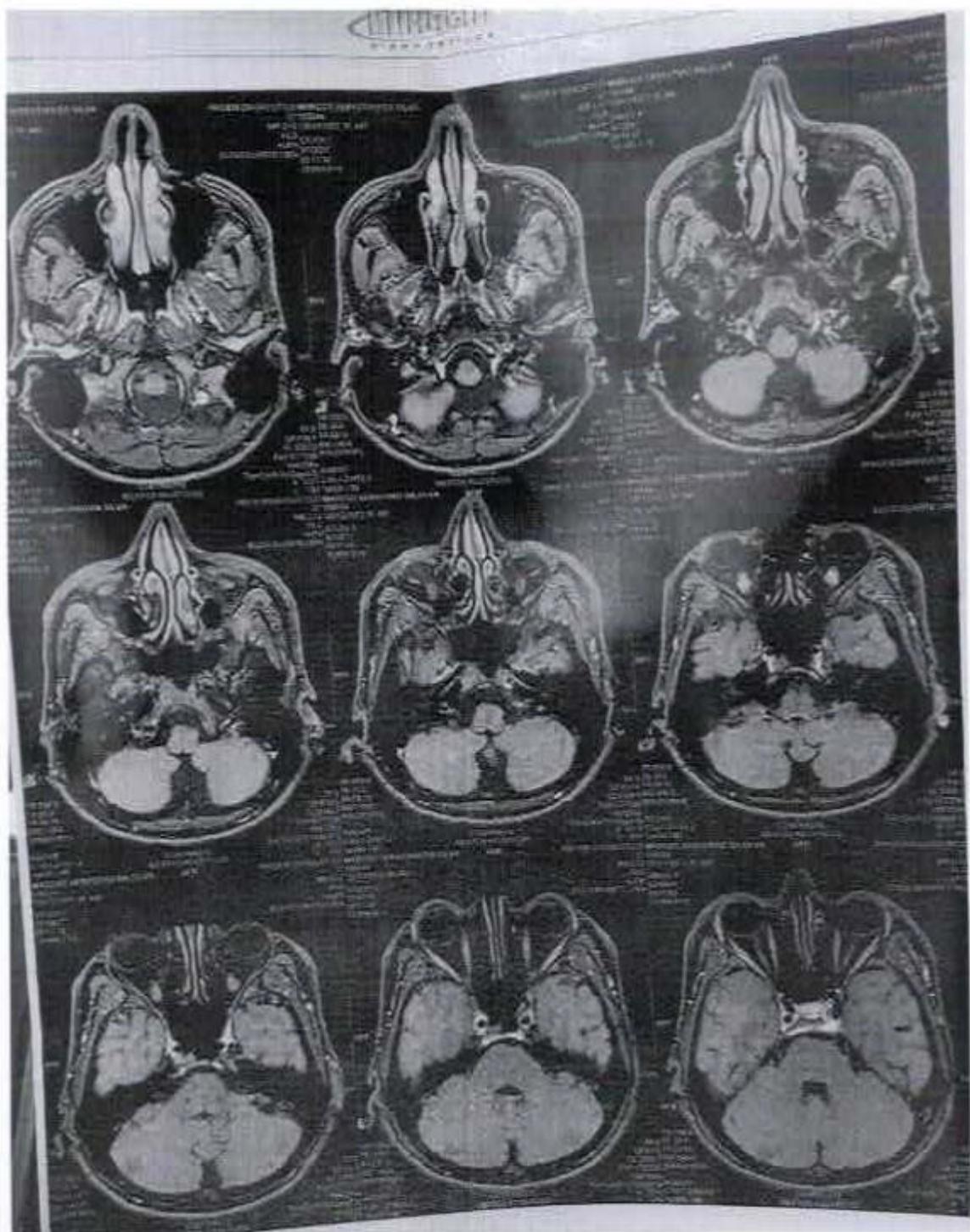
...-016, 961 - Mauricio de Nassau - Caruaru - PE
05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 MM/2019

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

IP
Instituto Pernambucano



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 NOV 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

77 88 77
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 June 2013

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



WÄHLER FÜR YOUNG
S 11 HUNDTERTD BACHMANN
962982900

INFORMAÇÕES	
Estado: Rio de Janeiro	
<p><i>Assinatura do cliente</i></p> <hr/> <p>CONFIRMADO PELO FABRICANTE</p>	
DATA:	DATA/HORA:
CRÉDITO: 20	07/05/2012
<p><i>Assinatura do cliente</i></p> <hr/> <p>CONFIRMADO PELO FABRICANTE</p>	
SÉRIE: 00000000000000000000000000000000	

962982900

05.802.494/0001-41
TRÂCÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22.11.2019

Avia da Aurora, Nº 175 (5.907-8)

Boa Vista, CEP 50.060-010

Avenida Aurora, nº 175, 51902-861
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RIO GRANDE DO SUL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012301265112
DOD: HENRIQUE
1012816102
1012816102
EXERCÍCIO
2016

JOSE ALTON DA SILVA

BONITO - PE

CPF / CNPJ: 562.865.404-20
PLACA: 0YR8627

PLACA ANTO. UNI: 0C2K20550000111900

VEÍCULO / MOTOCICLETA
HONDA / MOTOLEO 1100 CB

ANO FAB.: 2014 ANO MOD.: 2014
CAB / POT / OIL: 22/149CL MARCA: CBR250C
COR: PRETO

IPVA 2016 QUADRO	IPVA 2016 QUADRO	IPVA / COTAS
1º	2º	3º
PRATICAVIA	PRATICAVIA	PRATICAVIA
1	2	3

PRÉMIO TURISTICO (PTE) / PTE: PREMIO TOTAL (PTE) / DATA DE PAGAMENTO:
SEGURO PAGO / **PRO DBRIGATÓRIO**

ADENDO ADICIONAL NAC HONDA 1100
PARA TRANSVERSAIS
DATA: 19/04/16
SAC: 0800 022 1204
Assinatura: *Alfonso Henrique Soares Bibeiro*
Márcia Pessanha - Presidente DETAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. - SEGURO DPVAT

PE Nº 012301265112 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE ALTON DA SILVA
TV TAB HERCILIO VILA NOVA 24 55.680-000
CENTRO - BONITO - PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2015 DATA EMISSÃO: 19/04/16

VIA: 562.865.404-20 PLACA: 0YR8627

RESUMO: 1012816102 MARCA / MODELO: HONDA / MOTOLEO 1100 CB

ANO FAB.: 2014 LOCAÇÃO: 09 MARCA: 0C2K20550000111900

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (PTE) / CUSTO NACIONAL / CUSTO DO SEGURO (PTE)

CUSTO DO BILHETE (PTE) / SEGURO PAGO / CUSTO (PTE) / CUSTO DO SEGURO (PTE)

PAGAMENTO / DATA DE PAGAMENTO / PAGAMENTO / DATA DE PAGAMENTO

COTA UNICA PAGAMENTO PAGAMENTO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPF: 0800 022 1204-01-04
www.seguradotransito.com.br

DEIXAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DE CORTE OBRIGATÓRIO.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIF-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CÓD. RESUMIDOS
1 1013918182

Nº 013222631394

ENTR. C. EXERCÍCIO

2017

HOME
JOSE AILTON DA SILVA

BONITO - PR

CPF / CNPJ
882.665.404-20

PLACA
OYR8637

PLACA/ANT. NIF
***** /PR

CHASSI

9C2KD0550HR111900

Especifico / tipo
PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL

A100/GA90L

MARCA / MODELO
HONDA/HXR150 Bros ES

ANO FAB.

2014

ANO MOO

2014

CAF / POF / CL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

ODOR PRINCIPAL/INTERNA
VERMELHA

COTA OFICIAL
IPVA 2017 QUITADO

VENC. COTA OFICIAL

1º *****

FAIXA IPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

2º *****

3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO
SEGURO PAGO

DESCRIÇÃO
AL. FID. ADM CONS HAC HONDA LTDA - RIO

DATA
11/03/17
Charles Andrade Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETAN/PR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA PÚBLICA, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013222631394 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE AILTON DA SILVA

55680-000

BONITO - PR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATAS EMISSÃO

2017

11/03/17

CPF / CNPJ
882.665.404-20

PLACA
OYR8637

RE-NAVAN
1013918182

MARCA / MODELO

HONDA/HXR150 Bros ES

ANO FAB.
2014

DATA FAB.

09

NP CHASSI

9C2KD0550HR111900

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO IPVA
DETHATAN IPVA

CUSTO DO SEGURO IPVA

CUSTO DO BILHETE IPVA
SEGURADO PAGO

IPV

IPVA

CUSTO DO SEGURO IPVA

PAGAMENTO
COTA OFICIAL
PARECIDO

DATA DE PAGAMENTO

DATA DE PARECIDO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPF 91.346.888/0001-01

DESTEQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DE PÔRTE OBRIGATÓRIO.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2017

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. C

Bonito - PR CEP 58060-010

RECIFE - PE

República Federativa do Brasil

Cartório Dimas César

Ofício Único

Bonito-PE

Fone: (081) 3737-1233

e-mail: oficiounicodimascesar@hotmail.com

Dimas de Albuquerque César Júnior

Tabelião Público Interino e

Ofício Único Dimas César Tabelão de Notarização César Jordão - Tabelão Interino
R. Fausto Jardim, nº 40, Centro, CEP: 56300-000, Bonito-PE, MA, 081 3737-1233, e-mail: oficiounicodimascesar@hotmail.com, CNPJ: 07.345.848/0001-01

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que foi apresentado, ao qual é autêntico e dou fé. O Tabelião Dimas de Albuquerque César Júnior, 26/12/2016
10:34:23, End. Rua 03, nº 52, Bairro Mutirão, FERC R\$ 0,31, Total R\$ 3,72. Selo: 0075077.THH11201601.02498 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

Livro: 111-P

Folha: 105

Traslado 1

Prot.: 7320

PROCURAÇÃO PÚBLICA que faz MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA, em favor JOSÉ AILTON DA SILVA, protocolada sob o nº 7320 na forma a seguir declarada

S A I B A M quantos este PÚBLICO INSTRUMENTO de Procuração, subscrito pelo

Notário, virem que 23 de dezembro de 2016, neste Serviço Notarial Dimas César - Ofício Único, situado à Rua Pautila Jordão, nº 40, Centro, nesta cidade do Bonito, Estado de Pernambuco, perante mim Funcionária Credenciada, compareceu como Outorgante, o Sr. MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 4230681 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 045.492.094-61, residente e domiciliado no Sítio Bananeira do Sul, Zona Rural, nesta cidade do Bonito/PE, ora comparecente e reconhecido pelos documentos públicos a mim exibidos, do que dou fé. Por ele Outorgante, me foi dito que nomeia e constitui como seu bastante procurador, o Sr. JOSÉ AILTON DA SILVA, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3651897 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 882.665.404-20, residente e domiciliado na Travessa Tabelião Herculio Vila Nova, nº 34, Centro, nesta cidade do Bonito/PE, a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as SEGURADORAS que constituem o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Assina a rogo do Sr. MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA, em virtude de ser analfabeto, o Sr. JHOBSON BARROS CARNEIRO, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 5246186 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 047.031.054-54, residente e domiciliado na Rua 03, nº 52, bairro do Mutirão, nesta cidade do Bonito/PE. Assim o disseram e me pediram que lhes lavrasse nestas Notas o presente instrumento, que lhes sendo lido em voz alta e achado conforme aceitaram e assinam. Dispensada a apresentação de testemunhas, de acordo com o § 5º, do Art. 215, do Código Civil de 2002; dou fé. Emolumentos - R\$ R\$ 60,33 , F.E.R.C. - R\$ R\$ 6,04 e a T.S.N.R - R\$ R\$ 12,07 (Lei nº 11.404/96, adaptada pela Lei nº 12.148/2001). Eu, MARTHA REJANE DO NASCIMENTO SILVA, Funcionária Credenciada, o digitei e assino; dou fé. (a.a.) MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA, (A. Rogo) JHOBSON BARROS CARNEIRO SUBSCREVO E ASSINO. Em testemunho (sinal) da verdade. DIMAS DE ALBUQUERQUE CÉSAR JÚNIOR . TABELIÃO PÚBLICO E OFICIAL REGISTRADOR INTERINO . Está conforme o seu original, ao qual me reporto e dou fé. Válido somente com o selo de autenticidade e fiscalização. Selo 0075077.THH11201601.02498. Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

SUBSCREVO E ASSINO.

Em testemunho _____ da verdade.

Bonito - CEP: 56360-010

REC/FF-01

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUAISQUER ALTERAÇÃO OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO.

Estado de Pernambuco



124609

AAA

05.802.494/0001-
TRAJÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2013

Rua da Aurora, N° 175. S. 50780-000
Bela Vista - (EP 50.062-0)

DIAS DE ALBUQUERQUE ESTAR JUNIOR
TABLA DE PUBLICO E OFICIAL REGISTRADORA INTERIOR

38

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231405/18

Número do Sinistro: 3180296103

Vítima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

CPF: 045.492.094-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/08/2016

Titular do CPF: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

MARCOS SEBASTIAO DA SILVA : 045.492.094-61

Autorização de pagamento

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/09/2018
Nome: JOSE AILTON DA SILVA
CPF: 882.665.404-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSE AILTON DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso