

REPUBLICA FEDERATI		MINISTERIO DAS	
DETRAN - PE		NP 013435404591	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA:	CÓD. RENAVAM:	R.N.T.R.C.:	EXERCÍCIO:
1	452633306	* * * * *	2017
NOME:			
HENRIQUE BEVERINO GOMES			
LIMOEIRO - PE			
CPF / CNPJ:		PLACA:	
200.058.414-98		EEFG6203	
PLACA ANT./UF:		CHASSI:	
* * * * * /PE		9G6KE1250C0927569	
ESPECIE TIPO:		COMBUSTÍVEL:	
PAS /MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO:		ANO FAB. / ANO MOD.:	
YANNEKA / XTE 125E		2011 / 2012	
CAP / POF / CIL:		COR PREDOMINANTE:	
2E / 124CL		PARTIC / PRETA	
COTA ÚNICA:		VENC. COTA ÚNICA:	
IPVA 2017 QUITADO		1º * * * * *	
PVA		2º * * * * *	
FAIXA IPVA:		3º * * * * *	
1		PARCELAMENTO / GOTAS:	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) / IDP (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
SEGURCO BANCO		DATA DE PAGAMENTO:	
OBSERVAÇÕES:			
SEM RESERVA			
LIMOEIRO		DATA:	
Ceará, Anísio Teixeira, Bibeixa		18/08/17	
PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO / DETRAN /			



SAFETY
CORRETORA

DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180070490 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 29/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
LUCENA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO TRIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA RESIDUAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO BEM INDICADO E OSTEOSINTESE BEM REALIZADA, COM RECUPERAÇÃO ANATOMICA SATISFACTORIA DOS PARAMETROS ANATOMICOS DO TORNOZELO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luiz de Lima Casanova Neto

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180070490 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 29/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
LUCENA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ TORNOZELO ESQUERDO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA**

Sinistro: **3180070490**

Vítima: **EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA**

Data do Acidente: **29/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180070490** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Carta n°: 12478970

A/C: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

Nº Sinistro: 3180070490
Vitima: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA
Data do Acidente: 29/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 000005037-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

16

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

Nome completo da vítima

078.124.014-05

Emmanuel Roberto da Silva Lucena

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Endereço Número Bairro Cidade Email	CPF titular da conta Número Estado CEP Telefone (DDD) (81) Número	Profissão Complemento CEP Número
Emmanuel Roberto da Silva Lucena Rua 5 Cohab Bom Jesus	078.124.014-05 28 PE 55.700-000 99938-8886 99137-5964	Operador cosa 55.700-000 99938-8886 99137-5964

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

00 53

5037

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

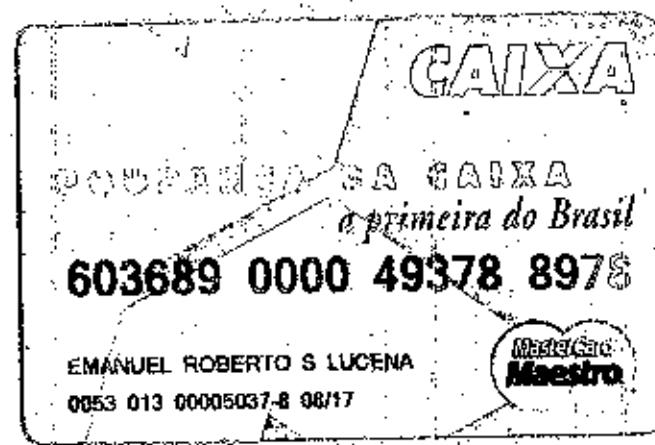
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Bom Jesus, 16 de Janeiro de 2018
Local e Data

Emmanuel Roberto da Silva Lucena

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**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

Número do Sinistro: 3180070490
Nome do(a) Examinado(a): Emanuel Roberto da Silva Lucena
Endereço do(a) Examinado(a): Rua S, 28
Cohab Limoeiro PE CEP: 55700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7412499
Data local do acidente: [29/10/2017]
Data local do exame: [26/02/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA-LUXAÇÃO TRIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO EM 2 TEMPOS, COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E POSTERIOR CONVERSÃO PARA CIRURGIA ABERTA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA

Complicações: NENHUMA

Data da Alta: JANEIRO/18

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA RESIDUAL.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANDOVA
Médico
CRM: 17761



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE LIMOEIRO

115ª CIRCUINTURADA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUINTURADA - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0205002222

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/12/2017 às 12:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 29/10/2017 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, PRAÇA DA ACADEMIA DA CIDADE** - Bairro: **JUA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CAPS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 ÉRIC (TESTEMUNHA)
 EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

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

EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA DA SILVA** Pai: **JOSÉ MATEUS DE LUCENA** Data de Nascimento: **31/7/1986** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residencial: **COHAB VELHA, PRÓXIMO A IGREJA NOSSA SENHORA DO CARMO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 28, RUA "S" - CEP: 55700000 - Bairro: - LIMOEIRO/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA NOSSA SENHORA DO CARMO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MOTOCICLISTA**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, - CEP: 55700000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO /BRASIL**

ÉRIC (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MECANICO**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, ZONA RURAL - CEP: 55700000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFF6200** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **459838806** Chassi: **9C6KE1250C0027569**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA** Seguro/Apolice: **013435404581**
Descrição: **MOTOCICLETA YAMAHA/ XTZ 125E**

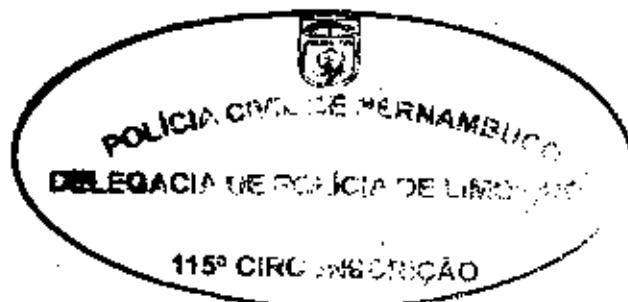
Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA POR VOLTA DAS 17:00 NA PRAÇA DA ACADEMIA DA CIDADE NO BAIRRO DO JUÁ NESTA CIDADE, UM MOTOCICLISTA DESCONHECIDO ATRAVESSOU NA SUA FRENTE, COLIDIINDO COM A VÍTIMA, SENDO QUE O MOTOCICLISTA DESCONHECIDO SE EVADIU DO LOCAL E NÃO PRESTOU SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA A APROXIMADAMENTE DEZESSETE MINUTOS DEPOIS POR UM POPULAR DESCONHECIDO QUE LEVOU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL JOSÉ FERNANDES SALSA NESTA CIDADE E FOI EMBORA. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Emmanuel Roberto da Silva Lucena
EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: **3848167**





POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - PE

115ª CIRCUNSCRIÇÃO

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ºCIRC
DINTER1/16ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0205002224

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/12/2017** às **16:48**

Complementa o BO Número: **17E0205002222**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/10/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, PRAÇA DA ACADEMIA DA CIDADE** - Bairro: **JUA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRÉNTE AO CAPS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR\AGENTE)
HENRIQUE SEVERINO GOMES (OUTRO)
ÉRIC (TESTEMUNHA)
EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA**

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MOTOCICLISTA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, - CEP: 55700-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO /BRASIL**

ÉRIC (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, ZONA RURAL - CEP: 55700-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA DA SILVA** Pai: **JOSÉ MATEUS DE LUCENA** Data de Nascimento: **31/7/1986** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7412499/SDS/PE (RG), 07812401405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares:

- 995994850

Residencial: **BAIRRO DA COHAB VELHA, PRÓXIMO AIGRJA NOSSA SENHORA DO CARMO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 28, RUA "S" - CEP: 55700000 - Bairro: - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AIGRJA NOSSA SENHORA DO CARMO**

HENRIQUE SEVERINO GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: . Data de Nasimento: **1/1/1900** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **30005841453 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, ZONA RURAL - CEP: 55700000 - Bairro: SANTA TEREZINHA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO DO PARQUE DE ESPOSIÇÃO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HENRIQUE SEVERINO GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA** /
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PPF6200** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **459838806** Chassi: **9C6KE1250C0027569**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA** Seguro/Apolice: **013435404581**
Descrição: **MOTOCICLETA YAMAHA/ XTZ 125E**

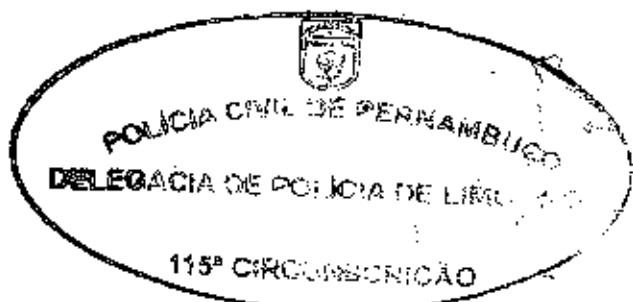
Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE HENRIQUE SEVERINO GOMES POR VOLTA DAS 17:00 NA PRAÇA DA ACADEMIA DA CIDADE NO BAIRRO DO JUÁ NESTA CIDADE, UM MOTOCICLISTA DESCONHECIDO ATRAVESSOU NA SUA FRENTE, COLIDINDO COM A VÍTIMA, SENDO QUE O MOTOCICLISTA DESCONHECIDO SE EVADIU DO LOCAL E NÃO PRESTOU SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA A APROXIMADAMENTE DEZESSETE MINUTOS DEPOIS POR UM POPULAR DESCONHECIDO QUE LEVOU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL JOSÉ FERNANDES SALSA NESTA CIDADE E FOI EMBORA. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Emmanuel Roberto da Silva Lucena
EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: **3848167**





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPV
(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

Emmanuel Roberto da Silva Lacerda

CPF da Vítima

7412.499

Data do Acidente

29/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Buscolina PE, 16 de Janeiro de 2018
Local e Data

Emmanuel Roberto da Silva Lacerda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA



PERNAMBUCO
0025172

SCULINC

0025172

SOLTEIRO(A)

55700000

7412499 SDS:

95227429

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 151836	CNS: 704003394914767	Idade: 31 Anos 2 Meses 28 Dias	Sexo:
Nome: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA		Nascimento: 31/07/1986	Est.Civil: SOLTEIRO(A)
End.: RUA S		Bairro:	CEP:
Cidade: LIMOEIRO		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:
Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA		Pai: JOSE MATEUS DE LUCENA	Tel.: 81
Profissão: VIGIALANTE		Responsável:	95227429

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

29/10/2017 17:14 25172 ORTOPEDIA

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Dor + Dolorimento
EM TNZ () APÓS
QUM DO MOTO

TRATAMENTO:

(1) RX DO TNZ e PG
(2) Ropoxin 500 mg NARCOSE
(3) Jeces Hipnotizante C 18/05
(4) Dipirona 3g + 10,00, 1600ml
(5) Sealfotina 2,3 + 10,00, 1600ml
(6) DPVAT IM
SOUHA: HOF 5287633

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CTD:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA

INTERNAUD

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:		
REMÓVIDO:	SAFETY CORRETORA	
ÓBITO:	ás _____ h _____ m do dia _____	
DATA SAÍDA:	05 FEV. 2018	
HORA SAÍDA:	DPVAT	

DATA: 29/10/2017 17:14:10

<input type="checkbox"/> C. ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN  P. Santos COREN-PE 1760.533
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO		

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:	MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA <input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA <input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA <input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO
CARTÓRIO 2º OFICIO		0025172

CARTÓRIO 2º OFICIO
Rua da Matriz, nº 52 - Bairro Centro - Limoeiro - PE - CEP: 55700-000 - Telefone: (81) 3628-0099 / (81) 3628-0099
e-mail: limoeiro2o.oficio@coren-pe.org.br

CPF: 35700-000
Certifico que a cópia autenticada é reprodução fiel à original, sou o(a) 
Aralice Nunes de Andrade (SUBSTITUTO) em 12/12/2017 13:02:45

Em: R\$ 2,99 TSB: R\$ 0,66 PREC: R\$ 0,35 ISS: R\$ 0,30 Total: R\$ 3,98
Selo Eletrônico de Fiscalização: 0073981.ARQ12201701_01193

Consulta autenticada em: <http://www.tjpe.jus.br/seletodigital>

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 00000005037-8

Nr. da Autenticação 5CF243218FEAFC09



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Emmanuel Roberto da Silva Souza
 RG nº 7412.499, data de expedição 11/04/2016, Órgão SBS-PE
 CPF nº 078.124.014-05, venho perante a este instrumento declarar que não
 posso comprovar 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 5</u>
Número	<u>28</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Galah</u>
Cidade	<u>Bomolim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.700-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99938-8886/(81)99137-5364</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Bomolim - PE 16/01/2018

Assinatura do Declarante:

Emmanuel Roberto da Silva Souza



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética do Paraná - CEPEL
Av. Júlio de Barros, 111, São Paulo, SP - CEP: 01030-002
CNPJ: 10.835.922/0001-81 | Inscrição Estadual: 000284333 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE FÁTIMA DA SILVA

DIRETÓRIO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 6, 28

CPF: 544.282.824-49 NIS: 6388170682

COHAB ALMEIRO

LIMOEIRO PE

55700-000

CLASSE DE USO:

DATA CONTRATO: 07/2017

B1 RESIDENCIAL

DATA DE VENCIMENTO: 11/2017

BANCA RENDA COM NIS

DATA DA PRIMEIRA LECTURA: 15/12/2017

Mondubek

Nº DA FOLHA FISCAL:

DATA PAGAR DUE:

001269215

22/11/2017

DATA DA LECTURA:

15/12/2017

APRESENTAÇÃO: IP DO CLIENTE: 100000002210

TOTAL A PAGAR DUE:

14/11/2017

142.72

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/2017

14/11/201

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Henrique Severino Gomes

RG nº 2.328.806, data de expedição 12/09/2017,

Órgão SPI-PE, portador do CPF nº 300.958.414-03, com

domicílio na cidade de Limeirópolis, no Estado de

PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

PE-30, Regende + 200m, nº 31-N°,

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 Emmanuel Roberto da Silva Lucena cujo o condutor era o mesmo.

Veículo: moto/ciclo

Modelo: Yamaha/XTZ 125G

Ano: 2011/2012

Placa: PPF 6203

Chassi: 9C6KE1250C0027569

Data do Acidente: 29.10.2017

Local e Data: Limeirópolis, 18 de dezembro de 2017.

Henrique Severino Gomes
Assinatura do Declarante

Cartório
3º Ofício
Limeiro-PE
Tel: (83) 3828-0762

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

SERVIÇO NOTARIAL GRACAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO

Rua Engenheiro Joaquim Peixoto, nº 15 - CENTRO - LIMOEIRO - PE - CEP: 56.100-000 - Fone: (83) 3828-0762 - Fax: (83) 3828-0200

Notaria Maria das Graças da Paz Pessoal de Notária

habilitada

Reconheço por Pur Autenticidade a Firma de HENRIQUE SEVERINO GOMES

em 18/12/2017 16:41:41 e dou fé. Em testemunho da verdade. Limeiro

- PE - MARIA DAS GRAÇAS DA PAZ PESSOA DE MOURA - Notária Cod Op. 14

Emol. R\$ 3,49; TSMR R\$ 0,78; FERC R\$ 0,19 Total R\$ 4,66 Selo:

0073726-L9K11201501.16483 Corretoor de Seguros - Autenticidade em

www.tipe.jus.br/seledigital





**SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA	Registro:
Clinica: ORTOPEDIA	Procedência:

USO ORAL

2. CEFALEXINA 500MG — 01CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6/6H POR 07 DIAS

Data: 18/11/2017

Médico - CRM

SES/FUSAM
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

**INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS-PB**

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado : EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA
necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO

Deverá comparecer ao ambulatório de: PÉ

Com 15 dias

Recife, 18/11/17

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINAUDADES PREVISTAS NO ART. 85 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



24SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

Registro: 1044682 | Enf: 03 | Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 30/10/2017 | DATA DE SAÍDA: 18/11/2017

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DO TORNOZELO

DIAGNÓSTICOS

EUROPA-2000/2001-175 (700.000/2001/14/UE)

Evolução/exames (em enfermaria):
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUIU BEM E SEM
QUEIXAS NO MOMENTO. EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR PARA
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

DEVERÁ COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO DE PÉ

PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

**ALTA HOSPITALAR PARA
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM**





****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

REGISTRO: 1044682

ALTA HOSPITALAR EM: 18/11/2017

RETORNAR AD AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA EM: 15 DIAS

MÉDICO: PÉ

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 18/11/2017
LARISMA
MÉDICO
EMERSON 24509

~~MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO~~

~~VISTO – CHEFIA DO AMBULATÓRIO~~

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Gulmaraes S/N Tejipió ~ Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA	Registro:
Clínica: ORTOPEDIA	Procedência:

**FISIOTERAPIA MOTORA
20 SESSÕES**

Data: 18/11/2017

CRM - RECIFE
Médico - CRM
CRP - RECIFE
Médico - CRP

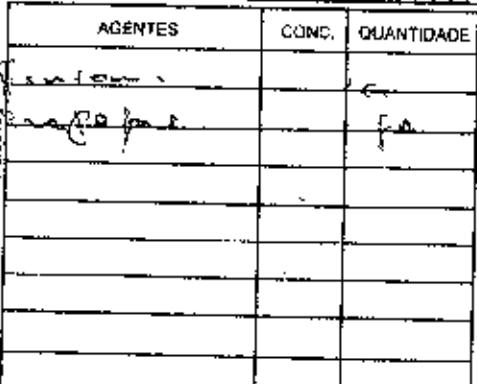


**COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE**

FICHA DE ANESTESIA

N 164999

150



TÉCNICA ANESTÉSICA:

Schleswig

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

<input type="checkbox"/> CARDIOSCOPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	

ENCAMINHADO	DESTINO
ACORDADO.	RPA
ADORMECIDO	UTI
SONOLENTO	QUARTO
ESCOLAR	

Luz Texxera Neto

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS COUNAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO
CARTEIRA DE IDENTIDADE

JOSE ROBERTO DA SILVA LIMA

DOC. IDENTIDADE/NCL. EMISSOR/UF
7412498 - RIO PB

DT. EMISSÃO: 078.126.014-05 | DT. EXPIRAÇÃO: 31/07/1986

FUNÇÃO:
JOSE MATRUS DE LOUREIRO

MARIA DE FÁTIMA DA SILVA

PERÍODO: ACC | CAR PRB | ZP

RESERVO: 00910713074 | VALIDADE: 31/12/2020 | HABILITACAO: 17/08/2006

PERIODICAMENTE

General Roberto da Silva Lima

LOCAÇÃO: AUTORIZADA NO PAGAMENTO
EXCEPCIONAL - PB | DATA EMISSÃO: 11/04/2016

Officer

59643043841
PE071823211

DETALHES PELA PÁGINA MAMBUCON

1223904707