

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RENATO ALEXANDRE DA SILVA, brasileiro, solteiro, trabalhador rural, portador da Cédula de Identidade sob o RG sob o nº. 6.839.436, expedida pela SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº. 087.745.964-97, residente e domiciliado na Rua 20 de Dezembro, n.º 22, Bairro Novo, Tracunhaém/PE, CEP 55.805-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº. 22.820, respectivamente, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com,

P O D E R E S

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarchivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

TERMO DE CARÊNCIA

DECLARO nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família.

Carpina/PE, 15 de agosto de 2018.


Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, **RENATO ALEXANDRE DA SILVA**, brasileiro, solteiro, trabalhador rural, portador da Cédula de Identidade sob o RG sob o nº. 6.839.436, expedida pela SDS/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº. 087.745.964-97, residente e domiciliado na Rua 20 de Dezembro, n.º 22, Bairro Novo, Tracunhaém/PE, CEP 55.805-000.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

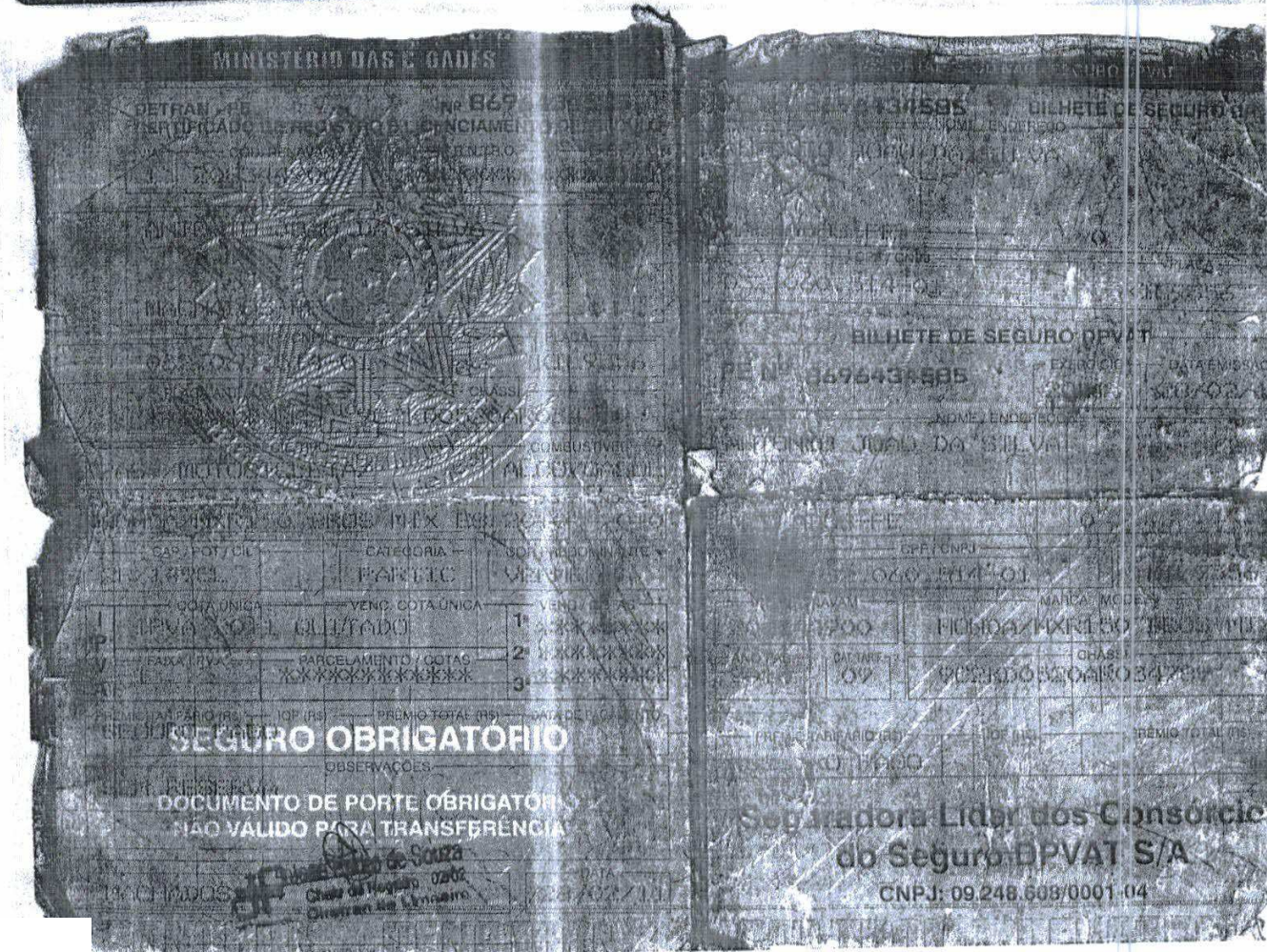
Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Carpina/PE, 15 de agosto de 2018.


Assinatura







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **087.745.964-97**

Nome da Pessoa Física: **RENATO ALEXANDRE DA SILVA**

Data de Nascimento: **04/12/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **15/03/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:19:52** do dia **23/09/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8D81.CABE.A6A5.5E7B**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALBERTO ANTONIO DA SILVA
CPF: 344.178.934-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 20 DE DEZEMBRO 22

BAIRRO NOVO/TRACUNHAEM
55805-000 TRACUNHAEM 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

28/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

76,52

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/02/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/02/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

006455943

CONTA CONTRATO

000718544017

Nº DO CLIENTE

2000489271

Nº DA INSTALAÇÃO

0003902978

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E07A.33F4.EC1B.9223.1ED6.205B.51AA.7CB1

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	104,00	0,68874564	69,54
Contribuição Iluminação Pública			2,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 002766056-23/12/17			0,56
Multa por atraso-NF 002766056 - 23/12/17			1,38
Juros por atraso-NF 002766056 - 23/12/17			0,69
Atualização IGPM-NF 002766056 - 23/12/17			0,52
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8960			3,00
Compensação DIC Anual 2017			1,29
TOTAL DA FATURA			76,52

Comunicamos e não pagamento de(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Recav	Valor
30/01/18	21/02/18	71,97

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem
como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPDS - SERASA,
com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem
como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do
processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,48036000

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
FEV 18			104
JAN 18			98
DEZ 17			94
NOV 17			86
OUT 17			88
SET 17			77
AGO 17			73
JUL 17			73
JUN 17			78
MAI 17			85
ABR 17			89
MAR 17			87
FEV 17			78

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	19,46	27,38
Transmissão	2,05	2,95
Distribuição (Celpe)	16,96	24,39
Encargos Setoriais	6,39	9,19
Tributos	19,58	28,16
TOTAL	69,54	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
69,54	25,00	17,38	69,54	0,57	0,39	69,54	2,60	1,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
G79720	CAT	23/01/2018	17.967,00	21/02/2018	18.071,00	29	1,00000	0,00	104,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/03/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
			dez/2017		

DIC-No.de horas sem Energia	NAZARE DA MATA	0,00	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de Vezes sem Energia		0,00	3,36	9,72	13,45
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,20	0,00	0,00

DICR-Duração de Interrupção em dia crítico Limite DICR: 12,22

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,75

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
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.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000718544017	02/2018	76,52	28/02/2018	

838500000008 765200110003 718544017100 112978410734



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





192

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

PREFEITURA DE
CARPINA
A CIDADE DO JEITO QUE O POVO QUER

ORC 1774484
getulio borges

FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO CHAMADO: 13:00
CHEGADA AO LOCAL: 13:08
HORA DA CONCLUSÃO: 16:01

DATA DA SOLICITAÇÃO: 25, 04, 15 HORA DA OCORRÊNCIA: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: carro + moto VIATURA: UTI () BÁSICA ()

TIPO / LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) () CAUSA CLÍNICA () OBSTÉTRICO () REMOÇÃO ()
VIA PÚBLICA () DOMICÍLIO () LOCAL DE TRABALHO () EMPRESA: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Renato alexandre da silva IDADE: 26 ANOS
SEXO: M (X) F () PROFISSÃO: _____ FONE: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: acudinho BAIRRO: Macauba
NOME DO SOLICITANTE: edivaldo FONE: _____
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: _____ BAIRRO: _____
REFERÊNCIA: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE / VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS () CAMINHÃO () CARRO DE PASSEIO (X) MOTOCICLETA () PLACA: _____
ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
AUTOMÓVEL (COLISÃO): PASSAGEIRO () MOTORISTA () BANCO DE TRÁS () BANCO DA FRENTE () USO DO CINTO S () N ()
MOTOCICLETA: MOTOCICLISTA (X) PASSAGEIRO () USO DO CAPACETE S (X) N ()
AFOGAMENTO: SUBMERSÃO () SOTERRAMENTO ()
INTOXICAÇÃO EXÓGENA () ANIMAIS PEÇONHENTOS () AGENTE CAUSADOR: _____
EXPOSIÇÃO AO FOGO / FUMAÇA () QUEIMADURA: 1º GRAU °C () 2º GRAU °C () 3º GRAU °C ()
QUEDA: () ALTURA APROX. _____ METROS () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
AGRESSÕES: () POR ARMA DE FOGO () TIPO: _____ ARMA BRANCA () TIPO: _____
AGRESSÃO SEXUAL () MAUS TRATOS () OUTROS () CITAR: _____
MECANISMO DO TRAUMA: () IMPACTO FRONTAL () IMPACTO LATERAL () IMPACTO TRASEIRO () EJEÇÃO () CAPOTAMENTO

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA: _____
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CONHECIDA: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA

VIAS AÉREAS: FR _____ DISPNEIA: S () N () TIRAGEM INTERCOSTAL S () N ()
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N () SIBILOS EXPIRATÓRIOS: S () N () BAN: S () N ()
AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S () N () LESÕES DE FACE: S () N () RETRAÇÃO XIFÓIDE: S () N ()
DEFORMIDADE DO TÓRAX: S () N () GEMISO/ESTRIDOR: S () N () DIST. FALA/CHORO: S () N ()
CIRCULAÇÃO PA: 80 X 50 PERFUSÃO PERIFÉRICA: BOA () INSATISFATÓRIA () PULSO: _____
COLORAÇÃO DA PELE: NORMAL S () N () PALIDEZ: S () N () CIANOSE: S () N () ICTÉRIO: S () N ()
PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N () SUDORESE: S () N () DESIDRATADO: S () N ()





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F ☐ M ☐

Declaro para os devidos fins
que Renato Alexandre da Silva
permaneceu internado neste hospital
do dia 25/04/15 até o dia de hoje
para tratamento de fratura exposta osso,
perno E. Paciente de alto com fixação
externa do tipo Ilizarov em acom-
panhamento ambulatorial a
seguir

26/08/15

Dr. Rafael Luz-Sousa
MÉDICO
CRM-PE 22247

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 81.31845600

HGV 1002 V 1 2013.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Renato Alexandre da Silva</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA: <u>105</u> LITO: <u>5</u>	Nº DO REGISTRO: <u>9 8339</u>	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: <input type="checkbox"/>
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Ex. exportação ossos perno E</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <u>Exatador do tipo Ilizarov + Corticotomia</u>			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>25.04.15</u>		DATA DA ALTA: <u>30.8.15</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CAUSAS DE MORTE/CAUSAS
CÓD.	ESQUE	NOME DO PROFISSIONAL	
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Luis Moraes</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		PROCEDIMENTOS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO <input type="checkbox"/> USO DE ORTESE E PRÓTESE <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE	
RESUMO DO CASO (LETRA DEBIL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>Paciente inicialmente tratado com fixador externo Boston sem sucesso. Realizado CHC e realizado aposição de Ilizarov em 05/08/15. Com corticotomia em 26/8/15.</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		ORTO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> SQ:	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: <u>Retorno ao ambulatório de Dr. Luis Moraes com 15 dias + Galexina 1</u>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Setoramento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente. <u>Laudo + Histórias + Orientações</u>			
30.8.15 DATA		Dr. Rafael Luiz Sales MEDICO CRM-PE 23217	





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Renato Alexandre da Silva

IDADE:

SEXO:

F

M

Solicito Prescrição para o senhor
Renato Alexandre da Silva

HD - Prescrição para o senhor
Renato Alexandre da Silva

1784.1

Dr. Luiz Moraes
Neurologia
CRM 13773
16 SET 2015

Avenida General San Martín s/n - Cordero
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone. 0XX 81 31845600

- HGV 1002 V 1 2013.





GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

RECEITUÁRIO

Renato Alexandre de
Silva, 29a

laudo médico.

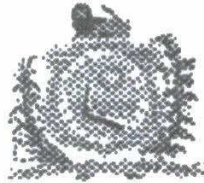
declaro p/ devidos fins
que o paciente citado
sofreu acidente de
moto em abril/2015
com fratura exposta
dos ossos da porção esp.
onde está a fixação
externa sendo que a mesma
p/ corrigir até o
momento.

Francisco F. Mousinho
Médico
CREMEPE 22630

27-02-18.

Av. Agamenon Magalhães, s/n, - São José - Carpina - PE / CEP 55.815-060





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 057ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRACUNHAEM -
DP57ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E0147000412**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/11/2015** às
13:19

Complementa o BO Número: **15E0147000402**

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 25/4/2015 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 1, SÍTIO
AÇUDINHO / ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO** -
TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

IDENTIDADE DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
ANTONIO JOÃO DA SILVA (OUTRO)
RENATO ALEXANDRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
RENATO ALEXANDRE DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
IDENTIDADE DESCONHECIDA

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

RENATO ALEXANDRE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA AUXILIADORA PAULO DA SILVA Pai: **LUIZ ALEXANDRE DA SILVA** Data de
Nascimento: **4/12/1981** Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
9839438/SDS/PE (RG), 98774696497 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU**
INCOMPLETO Profissão: **TRABALHADOR RURAL** Telefones Celulares:
- 989456238

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 1, ENGENHO CALOMBI / ZONA
RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

IDENTIDADE DESCONHECIDA (não presente no plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



09/11/2015 13:19



ANTONIO JOÃO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADA Pai: NÃO INFORMADA Data de Nascimento: 1/5/1972 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACHADOS, 1, SÍTIO PEDRA FINA - ZONA RURAL - MACHADOS - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO JOÃO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RENATO ALEXANDRE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**

Placa: **KIL0350 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **200344000** Chassi: **002KD0620AR034789**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **HONDA/ NXR 150 BROS MIX ES.**

VEICULO 02 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **IDENTIDADE DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/M/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA SRº RENATO ALEXANDRE QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA (PLACA KIL - 0350) NO SENTIDO AGUDINHO / TRACUNHAÉM, QUANDO AO FAZER UMA CURVA DEPAROU-SE COM UM VEICULO (CLASSIC) QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO, O QUAL COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA DA MOTO DA VITIMA. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU DA CIDADE DE CARPINA PARA O HOSPITAL DE CARPINA E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS . QUE A VITIMA TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA. QUE SEGUNDO A VITIMA O CONDUTOR DO VEICULO QUE COLIDIU EM SUA MOTO NÃO PAROU.

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

Renato Alexandre da Silva
RENATO ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Gilmar Valentim da Silva* **GILMAR VALENTIM DA SILVA NAT. 160.464-3 - Matrícula: 100464-3**



09/11/2015 13:19



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **RENATO ALEXANDRE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180123789**
Vitima: **RENATO ALEXANDRE DA SILVA**
Data do Acidente: **25/04/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180123789**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Pag. 01809/01810 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, 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

Carta nº 13075441

