

REPÚBLICA



DO BRASIL

NASCIMENTO N.º

CERTIFICO que às folhas 1251 do livro N.º 29, do Registro de Nascimento foi feito hoje, o assento de DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA.

nascido aos 16 de dezesseis de Junho de mil novecentos e oitenta e quatro (1984).

às 3 horas e 50 minutos

em no Hospital Tricentenário de Cuiabá do Estado de Mato Grosso do Sul

do sexo Masculino de cor morena.

filho de Derivaldo Beijamin de Oliveira

natural Deste Estado.

e de Dona Maria José Correia

natural Deste Estado.

São avós paternos Nestor Beijamin de Oliveira

e Dona Ana Maria de Oliveira

e avós maternos José Luiz Correa

e Dona Jovelina Maria Correa

Foi declarante O Pai.

e serviram de testemunhas Edmilson Soares de Lemos

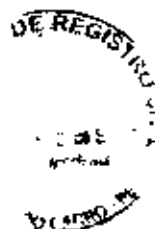
e Raúso Ribeiro de Lemos.

Observações :

O referido é verdade e dou fé.

Lagon do Carro, 19 de Janeiro de 1985.

Borba de Cullenquerque
OFICIAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME: **MARIA JOSÉ CORREIA**

CPF
398.274.704-00

MATRÍCULA:

074492 01 55 2018 4 00023 085 0003061 80

SEXO Feminino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteira, 58 anos
NATURALIDADE CARPINA-PE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº 2538862 SDS/PE	ELEITOR Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
Filha de JOSÉ LUZ CORREIA e de JOVELINA MARIA CORREIA. Residência da falecida: FAZENDA SOLEDADE, ZONA RURAL, Lagoa do Carro-PE

DATA E HORA DE FALECIMENTO Dezenove de agosto de dois mil e dezoito, às 19h00min.	DIA 19	MÊS 08	ANO 2018
--	-----------	-----------	-------------

LOCAL DE FALECIMENTO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, DERBY, Recife-PE

CAUSA DA MORTE
POLITRAUMATISMO PRODUZIDO, POR INSTRUMENTO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO CEMITÉRIO DE LAGOA DO CARRO - PE	DECLARANTE DEYKSSON BEJAMIM CORREIA, nacionalidade BRASILEIRA, RG nº 6921672 SDS PE, CPF/MF nº 063.672.674-63, profissão AGRICULTOR, estado civil solteiro, residente FAZENDA SOLEDADE, ZONA RURAL LAGOA DO CARRO PE, filho da falecida
---	--

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATTESTOU(ARAM) O ÓBITO
Dra. LUCIANA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA BORGES, CRM 11106/PE

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCER
Deixou bens, não deixou testamento, deixou dois filhos maiores sendo um falecido.
Digitado por Thiago Victor - Guia:0009513082: ATO GRATUITO.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO
RG nº 2538862 SEDS/SDS/PE emitido em 23/11/2016, CPF nº 398.274.704-00, Título de eleitor nº 009812270841 zona 20 seção 214 da cidade de Lagoa do Carro-PE emitido em 27/06/2017, CTPS nº 23223 Série 00010-PE emitido em 30/01/2009
* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do Ofício
Registro Civil das Pessoas Naturais
Oficial Registrador
Mariane Paes Gonçalves de Souza
Município/UF
Lagoa do Carro-PE
Endereço
Rua Janilson Correia de Melo
"Selo: 0074492.DBM10201801.00398
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital"

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Lagoa do Carro-PE, 6 de novembro de 2018.

Thiago Victor de S.F. Ribeiro
escrevente



Comprovação de ato declarado



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária

- ☐ Alerta
☒ Resposta Verbal
☐ Resp. estímulos Dolor
☐ Irresponsivo

Sinais de Dist. Cerebral

- ☐ Déficit Motor
☐ Desvio da Comissura Labial
☐ Dificuldade de Fala

Avaliação das Pupilas

- ☐ Isocóricas
☐ Anisocóricas
☐ Midríase
☐ Miose

NATUREZA DA LESÃO

- ☐ Lesões Intra-abdominais
☐ Lesões Intra-torácicas
☐ Presença/Sangue

Fratura - Ossos Longos

- ☐ Aberta ☐ Fechada

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular

Resposta Verbal

Resposta Motora

Total de Pontos

Abertura Ocular Espontânea

4

Orientado

5

Obedece Comando

6

Abertura Ocular à Voz

3

☒ Confuso

4

☒ Localiza Estímulos Dolorosos

5

Abertura Ocular à Dor

2

Resposta Inapropriada

3

Retirada ao Estímulo Doloroso

4

Sem Abertura Ocular

1

Sons Ininteligíveis

2

Flexão Anormal (Decorticação)

3

Sem resposta Verbal

1

Extensão Anormal (Decerebração)

2

Sem Resposta Motora

1

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

- ☐ Aspiração de Sangue e Secreção
☐ Entubação Orotraqueal
☒ Imobilização de Coluna Cervical
☒ Infusão de Fluidos
☐ Reanimação Cardiopulmonar
☒ Imobilização de Membros

Ventilação Mecânica

Modalidade:

FIO₂:

Adaptação Ventilação

- ☐ Bem ☐ Mal

Outras Condutas:

Intercorrências:

OP: ☐ Catéter ☐ CPAP ☐ Venturi % ☐ Másc. c/ Reservatório

USO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

- ☒ Alcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha

Informante: ☐ A própria Vítima ☒ Familiares ☐ Outros - Especificar

☐ Alteração de Humor

☐ Agitado/Irritado

☒ Desorientado

☐ Inconsciente

Referente a ingestão de bebida alcoólica há:

☐ Alteração na marcha

☐ Agressivo

☒ Hálito Alcoólico

☐ Sonoento

± 1 hr

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde o paciente foi encaminhado:

Registro do hospital:

Médico que Recebeu:

- ☐ Maca Retida na Unidade Hospitalar
☐ Orientação para o Ambulatório
☐ Óbito Antes do Atendimento
☐ Óbito durante o Atendimento
☐ Prancha Retida
☐ Removido Antes do Atendimento

Assinatura do Médico Responsável:

EQUIPE

Médico Regulador: Dr. Fabiana

Médico Assistente:

Infermeira:

Socorrista:

Condutor/Piloto: Mauro

Op. de Fretar/OEE:

Função do responsável pelo preenchimento:

Ass:

SOLICITOU APOIO DA LTI

☐ SIM

☒ NÃO

Observação:

EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica

Ass:



Prefeitura
Municipal de
Nazaré de Mata

Salida do hospital: _____
Hora da conclusão: _____

FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 17/08/18 Distrito: _____ Número da Ocorrência: 515077
Motivo da Solicitação: ☐ UTI ☒ Básica ☐ Helicóptero

☒ VIA PÚBLICA	☐ DOMICÍLIO	☐ EVENTOS	☐ OBSTÉTRICOS
☐ Clínico	☐ Clínico	☐ HANGAR	☐ PSIQUIÁTRICO
☒ Causas Externas	☐ Causas Externas	☐ METROPOLITANO	☐ TROTES/CANCELADAS
		☐ ÓBITO	☒ REMOÇÃO - Senha <u>3412789</u>

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Maria Rose Correia Idade: 57 anos
Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem. Profissão: _____ Fone: _____
Ind: R. Maria de Jesus Bairro: Centro
Solicitante: _____ Fone: _____
Ind. Ocor: PE 80 Bairro: _____
Referência: Próx. a fábrica da ITAIPAVA

AUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropelamento	Mecan. do Trauma
☐ Motorista	☐ Motociclista	☒ Via Pública	☐ Capotamento
☐ Passageiro/Frente	☐ Passageiro	☐ Calçada	☐ Ejeção
☐ Passageiro/Trás		☐ Outros	☐ Impacto frontal
Uso do Cinto	Uso do Capacete		☐ Impacto lateral
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		☐ Impacto traseiro
Acid. Trânsito	Acid. Ciclística	Intoxicação	Exposições
☐ Carro ou Moto	☐ Colisão	☐ An. Peçonhento	☐ Choque Elétrico
☐ Ônibus	☐ Queda	☐ Exógeno	☐ Fogo
☐ Caminhão	☐ Outros:	☐ Outros	() 1° () 2° () 3°
Placa:		Agente causador	☐ Fumaça
			☐ Subst. Química
Asfixia	Queda	Agressões	
☐ Semi-afogamento	☐ Própria altura	☐ Arma de fogo	
☐ Soterramento	☐ Outra altura	☐ Tipo _____	
☐ Engasgo	Aproximadamente _____ metros	☐ Arma branca	
☐ Outros		Tipo _____	

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: Lesão em face + Fratura em M.E.

Hipótese Diagnóstica Conhecida: _____

ALIAÇÃO CLÍNICA:

Temperatura <u>36,9</u>	Glicemia (HGT) <u>230</u>	☐ Agitação Psicomotora	☐ Sudorese	☐ Gemido/Estridor
Tax aéreas _____	Pulso <u>97</u>	☐ Desidratação	☐ Satimento Asa Nariz	☐ Obst. V. Aéreas
		☒ Lesões de Face	☐ Cienose	☐ Retratação Xifóide
		☐ Ictérico	☐ Deformidade Tórax	☐ Sibilos Expiratórios
		☐ Palidez	☐ Dispneia	☐ Tiragem Inter
		☐ Cor da pele Normal	☐ Distócia fala/choro	☐ Circulação PA
RN: 35-50	RN: 120-160			
Ad: 16-20	Ad: 60-110			

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: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000075970-9

Nr. da Autenticação E0DD47CB7CE0F008

Comprovante de residencia



Terra Social de Energia Eletrica Criada pela Lei 10.433, de 24/04/02
NOTA FISCAL - FATORA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista - Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.632/0001-05 | Insc. Est. 0005943-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VANDERLI MARIA DE SOUZA

CPF: 045.029.174-00 NIS: 18843000972

CLASSIFICAÇÃO

B1: RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	PERÍODO
072370395	UNICA	28/08/2018
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA MENSURAÇÃO
28/08/2018	2007820204	1835057

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 LO JOSE FERNANDO LOBO 75

LOTTO JOSE FERNANDO LOBO LAGOA DO
 LAGOA DO CARRO PE
 55820-000

CONTA CONTINUA	Nº LEITURA
4010452280	06/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
05/07/2018	30/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	13,85

Consumo Ativo até 30 kWh
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
 Acréscimo Tarifário VERMELHA
 Contribuição Iluminação Pública

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
	20,0000000	0,18458815	5,53
	18,0000000	0,21530141	5,05
			0,25
			2,10

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº de	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)		
214100170	CA1	28/08/2018	3027,00	30	10000	R	1835		1835

DETALHAMENTO DE CONSUMO				VALORES DE CÁLCULO				TAXAS E CONTRIBUIÇÕES			
AN18	48			ICMS	11,56	0,70	0,09	Consumo de energia	R\$	0,89	5,97%
MA18	75			PIS	17,87	0,88	0,42	Transmissão	R\$	1,23	27,25%
APR18	78			COFINS				Distribuição (Cabo)	R\$	1,01	6,74%
MAI18	75							Perdas de Energia	R\$	0,47	1,07%
FEV18	72							Proteção de Sistema	R\$	0,31	4,47%
ABR18	78							Taxa	R\$	11,85	184%
DEZ17	70										
NOV17	57										
OUT17	55										
SET17	57										
AUG17	58										
Jul17	55										

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
 Para saber mais sobre as condições de uso e as regras de consumo, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800-0000000. A Celpe não se responsabiliza por erros de leitura ou de digitação. A validade desta conta é de 90 dias. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido desta conta.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
 Para saber mais sobre as condições de uso e as regras de consumo, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800-0000000. A Celpe não se responsabiliza por erros de leitura ou de digitação. A validade desta conta é de 90 dias. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido desta conta.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
 Para saber mais sobre as condições de uso e as regras de consumo, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800-0000000. A Celpe não se responsabiliza por erros de leitura ou de digitação. A validade desta conta é de 90 dias. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido desta conta.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
 Para saber mais sobre as condições de uso e as regras de consumo, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800-0000000. A Celpe não se responsabiliza por erros de leitura ou de digitação. A validade desta conta é de 90 dias. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido desta conta.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
 Para saber mais sobre as condições de uso e as regras de consumo, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800-0000000. A Celpe não se responsabiliza por erros de leitura ou de digitação. A validade desta conta é de 90 dias. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido desta conta.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
 Para saber mais sobre as condições de uso e as regras de consumo, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800-0000000. A Celpe não se responsabiliza por erros de leitura ou de digitação. A validade desta conta é de 90 dias. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido desta conta.

Edson Ferreira da Silva

PMOC : 2013.0581.003574

Comprovante de residencia



DADOS DO CLIENTE

DEYKISSON BEIJANIM CORREIA

CPF 063.672.814-92

CLASSIFICAÇÃO

61 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO	UBI	POSTO
011582434	UNICA	70027010
DATA DE INSCRIÇÃO	UBI	POSTO
20/07/2018	7010589321	1039017

Tarifa Social de Energia Elétrica: Odeia pela Lei 10.438, de 25/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Concedente Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50051-902
CNPJ 10.825.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO JOSE FERNANDO LOBO 25

LOTTO JOSE FERNANDO LOBO LAGOA DO CARRO PE
55820-000

CONTA CONSUMO	BT-0000
7023456937	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	08/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	35,43

Consumo Adicional:
Consumo Sum. Pública Municipal
ICMS Subvenção COE Nº D-5016826-7811218

DEBITOS	DEBITOS	DEBITOS
DEBITOS	DEBITOS	DEBITOS
45.000000	0.7347053	33.00
		2,10
		0,27

TOTAL A PAGAR

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DE FATOR	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	DEBITO	DEBITO	DEBITO	DEBITO
31-07-18	CAT	28-07-18	3,41 TWh	24-07-18	3,42 TWh	75	1,0000		45,00

PERÍODO	TIPO DE FATOR	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	DEBITO	DEBITO	DEBITO	DEBITO
31-07-18	CAT	28-07-18	3,41 TWh	24-07-18	3,42 TWh	75	1,0000		45,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As informações aqui contidas são de caráter informativo e não devem ser utilizadas para fins de cobrança de tarifas ou para fins de reclamação de serviços.

PERÍODO	TIPO DE FATOR	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	DEBITO	DEBITO	DEBITO	DEBITO
31-07-18	CAT	28-07-18	3,41 TWh	24-07-18	3,42 TWh	75	1,0000		45,00

PERÍODO	TIPO DE FATOR	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	DEBITO	DEBITO	DEBITO	DEBITO
31-07-18	CAT	28-07-18	3,41 TWh	24-07-18	3,42 TWh	75	1,0000		45,00

Endereço atualizado em
nome de Deyksson



Terra Sotil de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 16/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Deus, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50053-902
CNPJ 10.835.932/0001-05 | Ins. Est. 0005843-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

AURINEIDE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LOJ FERNAN GLOBE 20 - PR -

CPF 036 119 154-25 NIS 20055847255

LACOA DO CARVALHO LDO CARRO
LAGOA DO CARRO PE
55520-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA TENSÃO COMUM

CONTA CONTRATO	PERÍODO
7623033411	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
01/02/2019	22/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	53,09

NR DA NOTA FISCAL	3ER PERÍODO	3ER PERÍODO
040378232	12/11/18	25/01/2019
APRESENTAÇÃO	NR DA UNIDADE	NR DA UNIDADE
25/01/2019	2015138873	5113011

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo de kWh	31,0000000	0,19389318	6,03
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	76,0000000	0,31010261	23,78
Consumo Ativo Superior a 100 até 220 kWh	29,0000000	0,48512660	14,07
Consumo Ativo Superior a 220 kWh			7,51
Consumo Ativo Superior a 220 kWh			0,49
Juros por atraso - NF 040378232 - 25/01/2019			0,20
Juros por atraso - NF 040378232 - 25/01/2019			0,10

TOTAL DA FATURA

53,09

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO NESTA NOTA FISCAL

NR DE REGISTRO	Tipo de Função	Anterior	Atual	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
2109130	CAT	25/01/2018	134500	25/01/2019	242000	20	10000	13000

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês	Consumo
Jan 18	130
Feb 18	100
Mar 18	92
Abr 18	54
Mai 18	26
Jun 18	30
Jul 18	07
Ago 18	40
Sep 18	25
Out 18	57
Nov 18	59
Dez 18	48
Jan 19	30

COMPOSIÇÃO DE TRIBUTOS

TRIBUTOS	VALOR DO TRIBUTOS
ICMS	44,75
PIS	0,45
COFINS	0,89

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

CONSUMO	VALOR DO CONSUMO
Consumo Ativo de kWh	0,19389318
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	0,31010261
Consumo Ativo Superior a 100 até 220 kWh	0,48512660

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo de kWh 0,19389318

Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh 0,31010261

Consumo Ativo Superior a 100 até 220 kWh 0,48512660

DESENVOLVIMENTO

67FF7L43 EE17 902F7DCC AAF8DC49 B826

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta fatura é emitida em nome do cliente e não representa qualquer compromisso financeiro da Celpe com o cliente. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido da energia elétrica. O cliente é responsável por manter a fatura em seu arquivo e por apresentá-la quando solicitado. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido da energia elétrica. O cliente é responsável por manter a fatura em seu arquivo e por apresentá-la quando solicitado.

RESUMO DAS OPERAÇÕES E CAUSAS DE CANCELAMENTO

Operação	Valor	Operação	Valor
Cancelamento	25,00	Cancelamento	25,00

Para cancelamento da fatura, o cliente deve apresentar a fatura original e o comprovante de pagamento. A Celpe não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido da energia elétrica. O cliente é responsável por manter a fatura em seu arquivo e por apresentá-la quando solicitado.

DESCRIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

Interferência	Frequência
Interferência	Frequência

NÍVEL DE TENSÃO

Tensão	Nível de Tensão
Tensão	Nível de Tensão

Deyksom

Endereço atualizado



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.935.932/0001-40 | Insc. Est. 0005843-05 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

DEYKISSON BENJAMIM CORREIA

CPF: 063.672.874-93
CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO JOSE FERNANDO LOBO 25

LOTTO JOSE FERNANDO LOBO LAGOA DO
LAGOA DO CARRO PE
55820-000

Nº DA NOTA FISCAL	PERÍODO	EMISSÃO
70228458957	04/2019	28/05/2019
70228458957	07/05/2019	28/05/2019
70228458957	28/05/2019	28/05/2019

CONTA CONTRATADA	MEDIANO
70228458957	04/2019
70228458957	07/05/2019
70228458957	28/05/2019
70228458957	28/05/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	58,000000	0,77485570	45,70
Contrib. Ium. Pública Municipal			4,49
ICMS Subvenção-CDE-UF 052582484-260218			0,27

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA - DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LETURA	DATA	ATUAL	LETURA	Nº DE CONTADOR	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
714188700	CAT	28/05/2019	2514,00	2804,00	28/05/2019	2573,00	32	1,0000		89,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS	CONSUMO (KWh)
ABR 18	51
MAR 18	52
FEV 18	45
JAN 18	60
DEZ 17	60
NOV 17	51
OUT 17	51
SET 17	42
AGO 17	73
JUL 17	
JUN 17	
MAY 17	
ABR 17	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	45,70	20,80
PTF	11,42	5,12
COFINS	11,70	5,39
	6,27	2,89

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

300	Gerar gis da Eneer gis	R\$	13,78	30,16%
310	Transmissão de	R\$	2,04	4,45%
1,12	Distribuição e Cadeia	R\$	4,22	9,27%
0,81	Perdas de Energia	R\$	3,02	6,61%
2,83	Consumo de Energia	R\$	2,41	5,28%
	Tributação	R\$	14,85	32,57%
		R\$	45,32	100,00%

Consumo Ativo (KWh) 0,000000

RESERVAÇÃO DE FUNDOS

DEDA 0037 3000 RF 18.9528 CDE 2634.7574

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Não se esqueça de ler o verso desta fatura, onde há informações importantes sobre a cobrança de energia elétrica. O valor da tarifa é de R\$ 0,77485570 por kWh. O valor da contribuição de iluminação pública é de R\$ 4,49 por kWh. O valor do ICMS é de R\$ 20,80 por kWh. O valor do PTF é de R\$ 5,12 por kWh. O valor do COFINS é de R\$ 5,39 por kWh. O valor da tributação é de R\$ 14,85 por kWh. O valor da transmissão é de R\$ 2,04 por kWh. O valor da distribuição e cadeia é de R\$ 4,22 por kWh. O valor das perdas é de R\$ 3,02 por kWh. O valor do consumo de energia é de R\$ 2,41 por kWh. O valor da reservação de fundos é de R\$ 18,9528 por kWh. O valor da dedução é de R\$ 2634,7574 por kWh.

Atenção: a tarifa de energia elétrica é composta por: tarifa de energia elétrica, tarifa de iluminação pública, tarifa de ICMS, tarifa de PTF, tarifa de COFINS, tarifa de tributação, tarifa de transmissão, tarifa de distribuição e cadeia, tarifa de perdas, tarifa de consumo de energia, tarifa de reservação de fundos. A tarifa de energia elétrica é de R\$ 0,77485570 por kWh. A tarifa de iluminação pública é de R\$ 4,49 por kWh. A tarifa de ICMS é de R\$ 20,80 por kWh. A tarifa de PTF é de R\$ 5,12 por kWh. A tarifa de COFINS é de R\$ 5,39 por kWh. A tarifa de tributação é de R\$ 14,85 por kWh. A tarifa de transmissão é de R\$ 2,04 por kWh. A tarifa de distribuição e cadeia é de R\$ 4,22 por kWh. A tarifa de perdas é de R\$ 3,02 por kWh. A tarifa de consumo de energia é de R\$ 2,41 por kWh. A tarifa de reservação de fundos é de R\$ 18,9528 por kWh. A tarifa de dedução é de R\$ 2634,7574 por kWh.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					ANEXO DE TEMPO		
CONSUMO	VALOR ANUAL	VALOR MENSAL	VALOR SEMANAL	VALOR DIÁRIO	ANEXO DE TEMPO	VALOR ANUAL	VALOR MENSAL
CONSUMO	2,74	0,23	0,05	0,01	ANEXO DE TEMPO	2,74	0,23
CONSUMO	1,00	0,08	0,02	0,00	ANEXO DE TEMPO	1,00	0,08
CONSUMO	0,20	0,01	0,00	0,00	ANEXO DE TEMPO	0,20	0,01

Atenção: a tarifa de energia elétrica é composta por: tarifa de energia elétrica, tarifa de iluminação pública, tarifa de ICMS, tarifa de PTF, tarifa de COFINS, tarifa de tributação, tarifa de transmissão, tarifa de distribuição e cadeia, tarifa de perdas, tarifa de consumo de energia, tarifa de reservação de fundos. A tarifa de energia elétrica é de R\$ 0,77485570 por kWh. A tarifa de iluminação pública é de R\$ 4,49 por kWh. A tarifa de ICMS é de R\$ 20,80 por kWh. A tarifa de PTF é de R\$ 5,12 por kWh. A tarifa de COFINS é de R\$ 5,39 por kWh. A tarifa de tributação é de R\$ 14,85 por kWh. A tarifa de transmissão é de R\$ 2,04 por kWh. A tarifa de distribuição e cadeia é de R\$ 4,22 por kWh. A tarifa de perdas é de R\$ 3,02 por kWh. A tarifa de consumo de energia é de R\$ 2,41 por kWh. A tarifa de reservação de fundos é de R\$ 18,9528 por kWh. A tarifa de dedução é de R\$ 2634,7574 por kWh.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3190168217 CPF da vítima: 398.774.704-00 Nome completo da vítima: Maria José Correia
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Deukisson Beijamin Correia CPF: 063.672.874-93
Profissão: Agricultor Endereço: Rua: Duatorze Número: 236 Complemento:
Bairro: Estadamento José Fernando de Sá Cidade: Lagoa do Carro Estado: PE CEP: 55820-000
E-mail: 8197305-9964 Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R. 1.000,00 ☐ R. 3.001,00 ATÉ R. 5.000,00 ☐ R. 7.001,00 ATÉ R. 10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R. 1.001,00 ATÉ R. 3.000,00 ☐ R. 5.001,00 ATÉ R. 7.000,00 ☐ ACIMA DE R. 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) OP. 013

AGÊNCIA: 1242 CONTA: 0075970 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

Declaração de únicos herdeiros

AGÊNCIA: _____ CC _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)



Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no CIVI) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário com atestado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: 063.672.874-93

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Deukisson Beijamin Correia
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

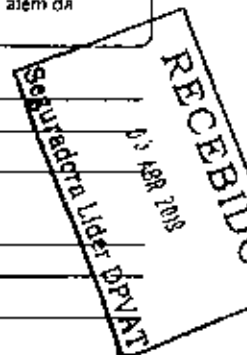
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Administradora do Seguro DPVAT

Declaração de únicos herdeiros



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

CPF: 398.274.704-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/08/2018

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Outros

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

OUTROS



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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

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 cancela 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: 22/02/2019
Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA
CPF: 063.672.874-93

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA

1994

DEFINIÇÕES:

(De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (10ª revisão) - CID-10)

1 - **Nascimento vivo:** É a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção o qual, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos membros. Cada produto de um nascimento que não despendida a placenta. Cada produto de um nascimento que não despendida a placenta. Cada produto de um nascimento que não despendida a placenta.

2 - **Óbito fetal:** É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, indica o óbito o fato de o fato, depois da expulsão do corpo materno, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos membros de contração voluntária.

3 - **Causas de morte:** As causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados morbosos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões.

4 - **Causa básica de morte:** A causa básica de morte é definida como: a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

LEGISLAÇÃO:

(Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973 com a redação alterada pela Lei nº 6.216, de 1975)

CAPÍTULO IX DO ÓBITO

Art. 77 - Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, emitida após a lavatura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§ 1º Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 (um) ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento, que, em caso de falta, será previamente feito.

§ 2º A cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.

Guarandira



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER.

Aviso de Ocorrência do CIODS

Número do Boletim Ocorrência

1720340010

Dados da Ocorrência

Identificação do Cadáver

Local da ocorrência (rua, avenida, rodovia, etc.)

Natureza ☐ Homicídio ☐ Latrocínio ☒ A Esclarecer		☐ Lesão Corporal Seg. de Morte ☐ Suicídio ☐ Acidente de Trânsito ☐ Outros Acidentes	Informações sobre a vítima: ☐ Pedestre ☐ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado	Veículo onde estava a vítima: ☐ Bicicleta ☐ Ônibus ☐ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ignorado	Circunstância do acidente: ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão ☐ Ignorado
---	--	--	---	---	---

☐ Culposo ☐ Doloso	☐ Não se aplica	Objeto Utilizado ☐ Outros	☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca	Circunstância do Fato
---	--	---	---	-----------------------

Data do Óbito	Hora (hh:mm)	Data do Fato	Hora (hh:mm)	Local Principal da Ocorrência (Via pública, bar, residência, clube, etc.)
12/12/2015	19:00	12/12/2015	19:00	RUA JUIZ DE SAUDADE

Logradouro do Fato (Rua, avenida, rodovia, etc.)	Número	Complemento (Apt, Sala, Andar)
RUA JUIZ DE SAUDADE		

Bairro	UF	Ponto de Referência
SAUDADE	PE	

Nome	Apelido
FRANCISCA JUIZ DE SAUDADE	

Idade	
40 ANOS	

Sexo	☐ Masc. ☐ Desconhecido	Data de Nascimento	Idade aparente	Cor da Pele/Etnia
☒ Feminino		12/12/2015		☐ Negra ☒ Parda ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Indígena

Assinatura
FRANCISCA JUIZ DE SAUDADE

--

--

--

--

--

--

--

Responsável pelo Preenchimento	Delegado de Polícia (Nome)
FRANCISCA JUIZ DE SAUDADE	

Matrícula Nº	Assinatura

☐ IC ☐ OUTRO	☒ POLICIA CIVIL ☐ POSTO PC HOSP.
---	--

Corpo Encaminhado: ☐ IML (Recife - Caruaru - Petrolina) ☐ Unidade de Saúde	☐ Outro Local
--	--------------------------------------

☐ CVLI/Seccional ☐ DHPP	☐ Especializada ☐ Circunscrição	☐ DP de Plantão ☐ Outras
--	--	---



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

Nº: 092592

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

1ª Via: Branca - 2ª Via: Azul - 3ª Via: Amarela - 4ª Via: Verde

*atrapelamento
(entimou vítima/parente)*



*Mãe de KISS KISSAN
Escaneado para o
e-mail de Dra. Marisela*

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIRETORIA INTEGRADA DO INTERIOR 1
GERÊNCIA DE CONTROLE OPERACIONAL DO INTERIOR
11ª DELEGACIA DE POLÍCIA SECCIONAL - GOIANA
45ª CIRCUNSCRIÇÃO DE POLÍCIA CIVIL - CARPINA

INQUÉRITO POLICIAL

Nº 03.011.0045.00 248 /2018-1.3

REMETIDO PELO OFÍCIO Nº _____ / _____, DATA: ____/____/____

CASO AFETO À DELEGACIA DA 45ª CIRC. DE CARPINA-PE

DELEGADO(A)	ESCRIVÃO(O)
BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS	DANIELA NASCIMENTO F. SANTOS
VÍTIMA(S): MARIA JOSÉ CORREIA AUTOR(ES): JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO NATUREZA: Art. 303 do CTB	

AUTUAÇÃO

Aos Vinte e sete dias do mês de AGOSTO do Ano de Dois Mil e Dezoito (27/08/2018), nesta Cidade de **CARPINA-PE**, no cartório desta Delegacia, autuo o APFD e as demais peças que adiante seguem, conforme determinação da Autoridade Policial. Para constar lavro este termo. Eu, _____, Escrivão de Polícia que digitei.

JP nº 248/18

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER-1 / GCOI-1 / 11º DESEC - Goiânia- PE
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA

TERMO DE DECLARAÇÃO PRESTADO POR: **JOSÉ GONÇALVES DE LIMA FILHO**, RG nº 2531933 SSP/PE.

Aos **DEZESSETE** dias do mês de **AGOSTO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (17/08/2018)**, nesta Cidade de **CARPINA** Estado de Pernambuco, e, no SETOR DE CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO, onde presente se encontrava a DELEGADA DE POLÍCIA – **BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS**, comigo, Escrivã ao seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o(a) Sr(a): **JOSÉ GONÇALVES DE LIMA FILHO**, RG nº 2531933 SSP/PE, brasileiro(a), nascido(a) em 25/10/1964, filho(a) de José Gonçalves de Lima e Maria de Lourdes de Lima, natural de Passira/PE, residente na 9ª Travessa dos Emancipadores, nº 75, Carpina/PE. Fone: não possui. Aos costumes, disse nada. Inquirido pela Autoridade passou a declarar o seguinte: **QUE**, afirma que no dia de hoje, 17.08.2018, por volta das 10h30min, estava trafegando na PE-90, próximo a Fábrica da Itaipava, na ladeira do Juá, sentido Lagoa do Carro/PE – Carpina/PE, quando uma mulher correu na frente do veículo do declarante, uma caminhonete da marca Chevrolet LTZ FD2, ano 2013/2014, placa PGN 9013, chassi nº 9EG148LP0EC416566, cor branca, e o depoente não conseguiu frear a tempo, pois ela correu muito em cima; **QUE**, em seguida, o declarante parou o carro para socorrer a vítima, chamou o SAMU e os policiais da BPRV da PMPE; **QUE**, foi conduzido até esta Delegacia para as providências legais, onde realizou o teste etilometro, o qual deu negativo, conforme comprovante anexo; **QUE**, diz que estava voltando da cidade de Lagoa do Carro/PE, onde foi a trabalho. Fatos narrados no BO PMPE. Lido e achado conforme, mandou a Autoridade encerrar o presente Termo, que o assina com o Depoente e comigo, Escrivão, que o digitei.

DELEGADA DE POLÍCIA

DEPOENTE:

ESCRIVÃ DE POLÍCIA:



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER-1 / GCO-1 / 11ª DESEC – Goiânia- PE
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO – CARPINA

TERMO DE DECLARAÇÃO PRESTADO POR: **VALDOMIRO GONÇALVES DE LIMA**,
RG nº 1.709.098 SSP/PE. **TESTEMUNHA.**

Aos **DEZESETE** dias do mês de **AGOSTO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (17/08/2018)**, nesta Cidade de **CARPINA** Estado de Pernambuco, e, no SETOR DE CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO, onde presente se encontrava a DELEGADA DE POLÍCIA – **BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS**, comigo, Escrivã ao seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o(a) Sr(a): **VALDOMIRO GONÇALVES DE LIMA**, RG nº 1.709.098 SDS/PE, brasileiro(a), nascido(a) em 07/06/1958, filho(a) de José Gonçalves de Lima e Maria de Lourdes de Lima, natural de Passira/PE, residente na Mutirão Quadra D, nº 01, Lagoa do Carro/PE. Fone: não possui. Aos costumes, disse nada. Inquirido pela Autoridade passou a declarar o seguinte: **QUE**, afirma que no dia de hoje, 17.08.2018, por volta das 10h30min, estava com seu irmão, **JOSÉ GONÇALVES DE LIMA FILHO**, vindo da cidade de Lagoa do Carro/PE, onde foram a trabalho, quando uma mulher passou correndo na frente do veículo de **JOSÉ GONÇALVES**, que estava dirigindo e o depoente na cadeira do passageiro; **QUE**, estavam trafegando na PE-90, próximo a Fábrica da Itaipava, na ladeira do Juá, em uma caminhonete da marca Chevrolet LTZ FD2, ano 2013/2014, placa PGN 9013, chassi nº 9EG148LP0EC416566, cor branca; **QUE**, o irmão do depoente não conseguiu frear a tempo, pois a mulher correu muito em cima do veículo e de forma inesperada, tendo atropelado a vítima; **QUE**, em seguida, **JOSÉ GONÇALVES** parou o carro para socorrer a vítima, chamou o SAMU e os policiais da BPRV da PMPE, que chegaram logo depois; **QUE**, todos foram conduzidos até esta Delegacia para as providências legais, onde **JOSÉ GONÇALVES** realizou o teste etilometro, o qual deu negativo, conforme comprovante anexo; **QUE**, o irmão da vítima, o qual o depoente não sabe o informar o nome, disse que a vítima estava embriagada. Lido e achado conforme, mandou a Autoridade encerrar o presente Termo, que o assina com o Depoente e comigo, Escrivão, que o digitei.

DELEGADA DE POLÍCIA

DEPOENTE: Valdomiro Gonçalves de Lima

ESCRIVÃ DE POLÍCIA:



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER 1 - DIRETORIA INTEGRADA DO INTERIOR
GCOI 1 - GERENCIA DE CONTROLE OPERACIONAL DO INTERIOR 1
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA-GOIANA
«CIRC_POLICIAL»

POLÍCIA CIVIL

____ / PÁGS.

ASS.

AUTO DE APRESENTAÇÃO E APREENSÃO

Aos 17 DE AGOSTO DE 2018, nesta DELEGACIA DE POLICIA DA 45ª CIRC- CARPINA-PE, onde presente se encontrava a Bela. BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS, Delegada de Polícia, comigo, Escrivão do seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o **APRESENTADOR: LUCIANO VALÉRIO DE MOURA, 2º SGT. PMPE, MATRÍCULA 990221-0, LOTADO NO BPRV - RECIFE - PE**, o qual na presença da testemunha, apresentou a Autoridade Policial o que a seguir passa a expor:

1. 01 (UMA) CAMINHONETE DA MARCA CHEVROLET/S10 LTZ FD2, ANO 2013/2014, PLACA PGN 9013, CHASSI Nº 9EG148LP0EC416566, COR BRANCA.

O referido objeto está relacionado ao fato alusivo ao Boletim de Ocorrência PMPE nº ____/2018, que teve com o imputado JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO. Nada mais havendo a constar, determinou a Autoridade a real apreensão do material apresentado, como apreendido está, ficando à sua disposição até ulterior deliberação, determinando, na sequência, que fosse lavrado o presente Auto, assinando-o juntamente com o Apresentador, as Testemunhas e comigo Escrivão que o digitei.

DELEGADA: _____

APRESENTADOR: _____

TESTEMUNHA: _____

ESCRIVÃO: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODOS ESTADOS NACIONAIS 966541254	NOME JOSE GONCALVES DE LIMA FILHO
	DOC. CONTRAÇÃO/ORG. EMISSOR/UF 2531933 882 PE
	CPF 449.615.974-20
	DATA DO NASCIMENTO 25/10/1964
	RESIDÊNCIA JOSE GONCALVES DE LIMA MARIA DE LOURDES DE LIMA
PROIBIDO PLASTIFICAR 966541254	PERMISSÃO ACC 3
	Nº de Registro 0334410010
	VALIDADE 06/09/2015
OBSERVAÇÕES sem observações	
Assinatura do Titular <i>Jose G. de Lima Filho</i>	
LOCAL RECIFE - PE	
DATA DO REGISTRO 08/09/2014	
Assinatura do Registrador <i>[Assinatura]</i>	
IDENTIFICADOR DO REGISTRO 78225484445 02041724704	
DETRAN - PE - PERNAMBUCO	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PE Nº 013815977982
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

584122722 ***** 2019

VALDIR NUNES FRAGOSO JUNIOR

IGARASSU - PE

039.041.444-13

PCN9013

***** 9821489DEC+16566

ESP CAMINHONETE ABERR. C. GUP ALCO/GASO

CHEVROLET/S10 LTZ PG2 2013 2014

SP/147CV/2400CL PARTIC BRANCA

IPVA 2018 QUITADO

P V A

SEGURO FAGO

SEM RESERVA

08/03/19

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU: SEGURO DPVAT

PE Nº 013815977982 BILHETE DE SEGURO D
VALDIR NUNES FRAGOSO JUNIOR

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 0300 022 1204

IGARASSU - PE 2018 08/03/19

039.041.444-13 PCN9013

CHEVROLET/S10 LTZ PG2

SP/147CV/2400CL PARTIC BRANCA

PRÊMIO TARIFÁRIO

FM	DETRAN (R)	0 0 0 0 0 0
CUSTODIAÇÃO	ICP	0 0 0 0 0 0
ADICIONAMENTO	PARTICULAR	0 0 0 0 0 0

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.606/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 3

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO**, que estava em posse do (a) Sr(a): **JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/OM/S10** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PQN8813 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **584122732** Chassi: **9BB148LPDEC416566**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2015** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

CONFORME B.O DO BPRV, Nº551260 QUE RELATA O SEGUINTE, ESSA EQUIPE COMPOSTA PELOS PMS, SGT. VALERIO CB. ALBERICO SD. EDILEIDE E SD. T. ALBUQUERQUE, RECEBEU A INFORMACAO QUE UM VEICULO CHEVROLE, / S-10, DE PLACA 2013, DE COR BRANCA HAVIA ATROPELADO UMA MULHER NA RODOVIA PE-90, EM FRENTE AO A ENTRADA DO HOTEL CLONE QUE A VITIMA FOI IDENTIFICADA COMO, MARIA JOSE CORREIA DE 58 ANOS QUE CHEGAMOS NO LOCAL EM APROXIMADAMENTE 02. MINUTOS QUE O CONDUTOR DO REFERIDO VEICULO PERMANECER NO LOCAL E FOI IDENTIFICADO COMO, JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO 53 ANOS QUE ENCONTRAVA-SE CONCIENTE E NÃO APRESENTAVA SINAIS DE HAVER INGERIDO BEBIDA ALCOLICA CONFORME TESTE DE ALCOONMIA REALIZADO ATRAVES DO ETILOMETRO ANAD- 0141, AMOSTRA 00729 SEQUE EM ANEXO COPIA DO EXAME, CONFORMA B.O EM ANEXO.

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

JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO
(AUTOR / AGENTE)

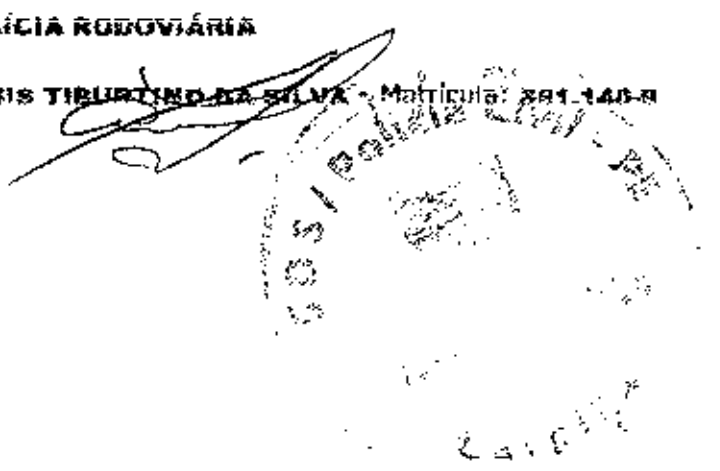
Condutor da ocorrência:

Nome: **LUCIANO VALERIO**

Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **9902221-0** - Prefixo da viatura: - Unidade

Operacional: **BPRV - BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA**

B.O. registrado por: **FRANCISCO DE ASSIS TIBURTINO DA SILVA** - Matrícula: **281.140-8**





1.6 VI

Fazer BO (Acidente com vítima)

9951 280

Série-A
1ª Parte

Unidade de Registro (UF)	Cidade	Assinatura do Autor	Assinatura do Testemunha	Assinatura do Policial	Assinatura do Representante
BR/PE	CARPINA				
Descrição do Fato			Assinatura do Policial		
ATROPELAMENTO DE TRÂNSITO			12:40 01/02		
Data (dd/mm/aa)			Ano de ocorrência do Ocorrência		
17/08/18 10:30			9951 280		
Ocorrência do Fato			Local Principal da Ocorrência		
CARPINA			RODOVIA PE-90		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)			Número		
RODOVIA PE-090			S/N		
Complemento (Apto, Sala, Andar)			CEP		
SANTO ANTONIO					
Município			Ponto de Referência		
CARPINA			RE ENFRETE A ENTRADA CLONE MOTEL		
☐ VÍTIMA ☒ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS			TURISTA ☐ S/N ☒ NÃO		
Nome (Respeito Social)					
JOSE GONCALVES DE LIMA FILHO					
Pai					
JOSE GONCALVES DE LIMA					
Mãe					
MARIA DE LOURDES DE LIMA					
Apelido (Nome Fictício)					
Data de Nascimento			Estado Civil		
25/10/1964			1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorçado(a) 5. Separado(a) 6. Não Informado		
Sexo ☒ M ☐ F			Idade (anos)		
25			131		
CPF			CPF		
2531933			449.615.34-0		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)			Número		
9ª TRAVESSA DOS MANICIPAIS			75		
Bairro			Município		
CASA			CARPINA		
CEP			UF		
			PE		
Dados Profissionais/Empresa			Profissão		
ENLARGAMENTO DE OBRAS			ENC. OBRAS COM PESA		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)			Número		
Bairro			Município		
CEP			UF		
Altura Aparente			Peso		
1,65m			65kg		
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)			Barba (Descrever)		
Tipo de Teatagem / Local (Descrever)			Detalhe Rosto (Descrever)		
☒ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS			TURISTA ☐ S/N ☒ NÃO		
Nome (Respeito Social)					
MARIA JOSE CORREIA					
Pai					
JOSE LUIZ CORREIA					
Mãe					
JOVELINA MARIA CORREIA					
Apelido (Nome Fictício)					
Data de Nascimento			Estado Civil		
23/04/60			1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo(a) 4. Divorçado(a) 5. Separado(a) 6. Não Informado		
Sexo ☐ M ☐ F			Idade (anos)		
54			131		
CPF			CPF		
2538862			SSP		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)			Número		
FAZENDA			S/N		
Bairro			Município		
CENTRO			CASA DO CARRO		
CEP			UF		
			PE		
Dados Profissionais/Empresa			Profissão		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)			Número		
Bairro			Município		
CEP			UF		
Altura Aparente			Peso		
1,65m			65kg		
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)			Barba (Descrever)		
Tipo de Teatagem / Local (Descrever)			Detalhe Rosto (Descrever)		

Assinatura do responsável pelo Procedimento;

Expressão do Policial



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ª CIRC
DINTER/11ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0135003042

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/08/2018** às **10:05**

Número do Aviso de Atendimento: **BPRV**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/8/2018** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA PE-60 LAGOA DO JUA SANTO
ANTÔNIO CARPINA-PE - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA JOSE CORREIA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO

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

**MARIA JOSE CORREIA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOVELINA MARIA CORREIA Pai:
JOSE LUIZ CORREIA Data de Nascimento: 23/02/1980 Nacionalidade: LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 25388862/SSP/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 873098864**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, FAZENDA SOLIDADE S/N LAGOA DO CARRO-PE -
CEP: 55800-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DE
LIMA Pai: JOSE GONÇALVES DE LIMA Data de Nascimento: 25/10/1964 Nacionalidade: PASSIRA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 2531933/SSP/PE (RG) 44981537420 (CPF) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão:
OUTRAS PROFISSÕES Telefones Celulares:
- 986188286**

**Endereço Residencial: RUA EMANCIPADORES, 75, 9 TRAV. DOS EMACIPADORES N: 75 CAJA CARPINA-PE - CEP:
6 - Bairro: CAJA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**



2ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DG nº

9951280

Série-A
2ª Parte

Fato	Unidade Operacional	Circunscrição		Data do Registro	Hora do Registro	Nº da Folha / Total de Folhas
	BPRV	CARPINA		17/08/18	12:40	031/02
	Forma de Aproximação?				Forma da Ação de Abordagem?	
	Local de Entrada?				Forma de Entrada?	
	Alterações no Local?				Forma de Evasão?	
Modus Operandi	Crimes Sexuais?				Estabelecido?	
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?					
	Nº					
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	☐ Sim ☐ Não	
	Qual o motivo do registro do objeto?					
	Nº					
	Nº					
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Registro	
	DA CHEVROLET / SAO	BRANCA	2013	594122732		
	Placa	PE 90G148L POEC 416566	Placa	PGN 9013	Objeto Apreendido?	☒ Sim ☐ Não
	Qual o motivo do registro do veículo?					
	VEICULO ENVOLVIDO EM ACIDENTE COM VITIMA					
Dados Complementares	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Registro	
	DA CHEVROLET / SAO	BRANCA	2013	594122732		
	Placa	PE 90G148L POEC 416566	Placa	PGN 9013	Objeto Apreendido?	☒ Sim ☐ Não
	Qual o motivo do registro do veículo?					
	VEICULO ENVOLVIDO EM ACIDENTE COM VITIMA					
Responsáveis	Essa equipe composta pelos policiais militares: SGT VALÉRIO, CB ALBERICO, SD EDILEIDE E SD T. ALBUQUERQUE, RECEBEU A INFORMAÇÃO QUE UM VEICULO CHEVROLET / SAO DE PLACA: PGN 9013, DE COR BRANCA, HAVIA ATROPELADO UMA MULHER NA RODOVIA PE-090, EM FRENTE A ENTRADA DO MOTEL CLONE; QUE A VITIMA FOI IDENTIFICADA COMO: MARIA JOSE CORREIA, 58 ANOS, QUE CHEGAMOS DO LOCAL EM APROXIMADAMENTE 02 minutos. QUE O CONDUTOR DO REFERIDO VEICULO PERMANECEU NO LOCAL E FOI IDENTIFICADO COMO: JOSE GONCALVES DE AMARAL FILHO, 53 ANOS. QUE ENCONTRAVA SE CONSCIENTE E NÃO APRESENTAVA SINAIS DE HAVER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA, CONFORME TESTE DE ALCOLEMIA REALIZADO ATRAVES DO ETILOMETRO ABAD-DALY, AMOSTRA Nº 08729. SEGUE ANEXO COPIA DO EXAME.					
	Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado					
	Exame	Envolvido	☒ S ☐ R	Tipo do Exame	Envolvido	☐ S ☐ R
	Alcolemia					
	Contributor	Receptor				
Responsáveis	Matrícula do Preenchimento	Interessado(a)	Responsável pelo Validado			
	990221-0		Matrícula Nº	351.008-5		
	Ass:		Ass:	Daniela N. Felipe Santos		
	Nome:	Luciano Valério	Nome:	Escritã de Polícia		
				Mat. 351.008-5		

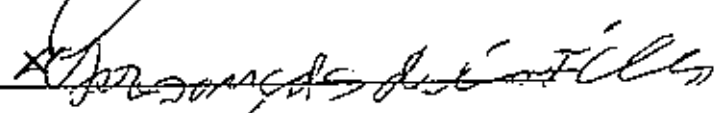


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER 1 - DIRETORIA INTEGRADA DO INTERIOR 1
GCOI 1 - GERÊNCIA DE CONTROLE OPERACIONAL DO INTERIOR 1
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA-GOIANA
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA

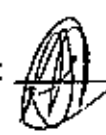
AUTO DE ENTREGA

Aos 27 DE AGOSTO DE 2018, nesta cidade de CARPINA-PE, do Estado de Pernambuco e no Cartório desta Delegacia de Polícia, onde presente se encontrava o BARBARA ALICE FORT DOS SANTOS, respectiva Delegada de Polícia, comigo Escrivã ao seu cargo ao final assinado, onde compareceu o **RECEBEDOR(A), JOSÉ GONÇALVES DE LIMA FILHO**, RG nº 2531933 SSP/PE, brasileiro(a), nascido(a) em 25/10/1964, filho(a) de José Gonçalves de Lima e Maria de Lourdes de Lima, natural de Passira/PE, residente na 9ª Travessa dos Emancipadores, nº 75, Carpina/PE, das testemunhas abaixo firmadas, como legítimo proprietário e a quem a Autoridade Policial fez a entrega, escorada nas disposições do Art. 120 do CPP, por reconhecer cabível, inexistindo dúvidas quanto ao seu direito, dos seguintes objetos de sua propriedade: **01 (UMA) CAMINHONETE DA MARCA CHEVROLET LTZ FD2, ANO 2013/2014, PLACA PGN 9013, CHASSI Nº 9BG148LP0EC416566**, constante no Auto de Apresentação e Apreensão e/ou Auto de Avaliação previamente elaborados, fatos alusivos ao BO Nº 18E013500. Nada mais havendo a ser restituído, determinou a Autoridade fosse lavrado o presente termo que assina com o Recebedor, as Testemunhas e comigo Escrivão que digitei.

DELEGADA: 

RECEBEDOR: 

1ª TESTEMUNHA: _____

ESCRIVÃ: 

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 SERVIÇO NACIONAL DE TRAFEGO AEROMARITIMO

Nome
 JOSE GONCALVES DE LIMA FILHO

DOC. IDENTIFIC. DO EMPREGADOR
 25315733 SSP PR

CPF
 449.415.378-20

DATA NASCIMENTO
 25/10/1964

PLACAO
 JOSE GONCALVES DE LIMA
 MARIA DE LOURDES DE LIMA

PERMISSAO
☒ **AVIO** ☒ **CV. MAR**

PROVINCIA
 83344100716

VALIDADE
 06/09/2014

VALIDACAO
 06/09/1997

RESERVAÇÃO
 sem observações

Assinatura do titular

LOCAL
 EXCELSA PR

DATA EMISSAO
 08/09/2014

Assinatura do diretor

78223444445
78062712704

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VALIDACAO EM TUDO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 866541234

VALIDACAO EM TUDO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 866541234

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 50.000,00

NOME DO COMPRADOR: Jose Goncalves de Lima Filho

RG: 2531933 CPF/CNPJ: 44.9619.377-20

ENDEREÇO: R: Tv A dos Empecarones
Cajá Cordina - PE

LOCAL E DATA: Arcoverde - PE 02/08/2018

Valder Nunes Fraga Junior
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDIDOR)

- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que responder solidariamente pelas obrigações impostas e suas consequências até a data de comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB);
- b) O adquirente tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB);
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: Jose Goncalves de Lima Filho
ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 569 C.C.

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS RUA: ALEIDES CURSINO, 28 - A
Reconheço como verdadeira a firma indicada de (5995276185872)
José Goncalves de Lima Filho
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
ARCOVERDE, 23 de agosto de 2018.

Luiz Carlos Vilela da Silva da verdade
LUIS CARLOS VILELA DA SILVA (ESCRIVÃO SUBSTITUTO)

Enol.: R\$ 3,39 tsnr R\$ 1,40 Total R\$ 4,79
Válido somente com o selo 0073676-041.08201801.00906
Consulta a Autenticidade em: www.tjpe.br/selodigital
Assinatura de Luiz Carlos Vilela da Silva

NF-e
 Nº: 94561
 Série: 5

DATA RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBIDOR

CAXANGA VEICULOS S.A.

AV. CAXANGA, 4251, 4251 VARZEA

RECIFE - PE Cep:50740000 Fone:(81)2122-2099

FAX: 8121222050

DPE.GM@PORTALDFESE.COM.BR

DANFE

Documento Auxiliar
 da Nota Fiscal
 Eletrônica

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

Nº: 94561

Série: 5

Folha 1 de 1



CHAVE DE ACESSO:

2613 1109 9249 3700 0126 5500 5000 0945 6110 0094 5610

Consulta de autenticidade no portal nacional da
 NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site
 da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDAS MERC. ADQ. TERC. P/SUBST. TRIB

REGIÃO ESTADUAL

800632740

REGIÃO ESTADUAL DO CLIENTE, ESTABECIMENTO

Protocolo de entrega/Retirada de merc.

126130056569360 - 28/11/2013 17:34:29

CPF

09.924.937/0001-28

DESTINATÁRIO REMETENTE

IDENTIFICAÇÃO SOCIAL

VALDIR NUNES FRAGOSO JUNIOR

CPF/CPF

039.041.444-13

DATA DA EMISSÃO

28/11/2013

ENDEREÇO

RUA VINTE E OITO DE SETEMBRO, 400 CASA

PAÍS DO DESTINATÁRIO

POSTO DE MONTA

CEP

53820693

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO

UF

8134344525

UF

PE

REGIÃO ESTADUAL

DATA DE SAÍDA

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS/SERVIÇOS
0,00	0,00	0,00	0,00	86.500,00
VALOR DO PREÇO	VALOR DO SEGURO	DESEMPENHO DO SUBSTITUÍDO	VALOR DO ICMS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	86.500,00

TRANSPORTADOR: VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	PREÇO POR UNIDADE	QUANTIDADE	PLACA DO VEÍCULO	UF	ENTRADA
	9 - Sem Frete				
ENDEREÇO	RAZÃO SOCIAL	UF	REGIÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	SUBST.	RAZÃO SOCIAL	PREÇO BRUTO	PREÇO LÍQUIDO
1					

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

COD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	DT	CFOP	UN	Qtd	Vl. Unit	Desc.	Vlr. Total	B. Icms	V. Icms	Alíq. % P
980148LPDEC416506	CHEVROLET/S10 LTZ FD2 Veículo Novo: CHEVROLET/S10 LTZ FD2 Motor 2.4 Potência: 147 Combustível: ALCO/GASOL Chassi 980148LPDEC416506 N. do Motor NAR041904 N. de Portas 4 CAR. PASS. 5 Cor externa: BRANCO Ano-Fab. 2013 Ano-mod. 2014 TIPO: CAMINHONETE ESPECIE: ESP FAB. NACIONAL CILINDRADURA: 2400 CARROC.: COUP/ABER Opcionais: PDU - PINT. SOLIDA RTP - CONJ. OPCOES RG: 5431912 SSP/PE ICMS RETIDO POR SUBST. TRIBUTARIA CONF. ART. 622 E SEQUENTES AL. FID. AO BANCO AYMORE CREDITO, FINANC. E INVESTIM. S. A.	87043190	000	510	UN	1,0000	86.500,0000	0,00	86.500,00	0,00	0,00	0,00



2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS, RUA: ALCIDES CURSINO, 26 - A

AUTENTICADO

Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original a mim apresentada, do

que des. fê.

ARQUIVADO, 23 de agosto de 2018.

da testamento da verdade
 MARIA DE JOURDES VILELA DA SILVA RESCUEVENTE SUBSTITUTA

Emol.: R\$ 2,90 tsnr R\$ 1,19 Total R\$ 4,09

Válido somente com o selo 0673676/TPA/AC201801.00912

Consulte a Autenticidade em www.tipejus.br/selodigital

CÁLCULO DO ISSQN

REGIÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVAÇÃO AO FISCO
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) R\$ 26.908,30 * MD5: * RG :5431912-SSP PE * VENDEDOR: Jamilson De Oliveira Souza	

Dräger

PORTARIA INMETRO, DIMEI
NO. 166 DE 03/10/2003

PORTARIA DENATRAN
NO. 128 DE 17/12/2000

LOCAL DE CONTROLE:

ALCOTEST 7410 PLUS RS
NO. EQUIPAM.: ARAD-0141
NO. IMPRESS.: ARAD-5186
NO. AMOSTRA.: 08729
DD.MM AAAA HH.MM
17.04.2018 15:18

NOME:

JOSE

SOBRENOME:

GONCALVES

DATA DE NASCIMENTO:

25/10/1964

EXAMINADO POR:

SD PM EDILSON PE
112206

RESULTADO DA ANALISE

0,60 mg/L

ASSINATURA:

Edilson

FILH

RG: 2531933 SSP/PE



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER-1 / GCDI-1 / 11ª DESEC – Goiana- PE
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO – CARPINA

TERMO DE DECLARAÇÃO PRESTADO POR: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA, RG nº 6.921.672 SDS/PE. TESTEMUNHA.

Aos **SEIS** dias do mês de **SETEMBRO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (06/09/2018)**, nesta Cidade de **CARPINA** Estado de Pernambuco, e, no **SETOR DE CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO**, onde presente se encontrava a **DELEGADA DE POLÍCIA – BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS**, comigo, Escrivã ao seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o(a) Sr(a): **DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA**, RG nº 6.921.672 SDS/PE, brasileiro(a), nascido(a) em 16/06/1984, filho(a) de Derivaldo Beijamim de Oliveira e Maria José Correia, natural de Lagoa do Carro/PE, residente no Loteamento Rua 14, José Fernando Lobo, nº 236, Lagoa do Carro/PE. Fone: 81- 97305-9964. Aos costumes, disse nada. Inquirido pela Autoridade passou a declarar o seguinte: **QUE**, é filho da vítima destes autos, a Sra **MARIA JOSÉ CORREIA**, e informa que ela veio a óbito no dia 19.08.2018, devido ao atropelamento ocorrido no dia 17.08.2018; **QUE**, sua mãe foi socorrida para o Hospital da Restauração, ficou em coma e no terceiro dia de internamento ela faleceu; **QUE**, tomou conhecimento, através da pessoa de **WASHINGTON**, que é sobrinho da vítima, que estava passando na PE-90 no momento do acidente e viu quando o acidente aconteceu, parou e conheceu que a vítima se tratava da tia, e telefonou para o depoente para avisar; **QUE**, **WASHINGTON** falou para o declarante que estava vindo atrás do veículo que causou o acidente, uma caminhonete da marca Chevrolet LTZ FD2, ano 2013/2014, placa PGN 9013, chassi nº 9EG148LP0EC416566, cor branca, e disse que o referido veículo chegou a ultrapassar ele em alta velocidade e que “tirou um fino” dele, aparentando estar em uma velocidade acima de 120km/h, e, logo depois, atropelou a genitora do depoente, que estava atravessando a rodovia, pois estava indo em direção ao Loteamento Aparecida, nesta cidade de Carpina/PE, visitar um irmão dela; **QUE**, afirma que a vítima não havia ingerido bebida alcoólica no dia do acidente, como o motorista da caminhonete afirmou, pois ela não costumava ingerir bebida alcoólica em dias de semana e apenas ingeria em ocasiões de comemorações familiares ou festas; **QUE**, sabe que o acidente ocorreu na ladeira do Juá, próximo a fábrica da Itaipava, nesta cidade de Carpina; **QUE**, no dia do fato, estava nesta Delegacia, quando o depoente foi perguntar a **JOSÉ GONÇALVES DE LIMA FILHO** se ele era o autor do acidente e como tinha acontecido, tendo ele respondido que foi a vítima que provocou o acidente e disse: “ela que se vire”; **QUE** afirma que **JOSÉ GONÇALVES** não procurou a família do declarante para prestar alguma assistência até o presente momento; **QUE**, afirma que seu primo **WASHINGTON**, reside no Loteamento Chã de Castelo, após a ladeira do juá, no sentido Carpina – Lagoa do Carro/PE. Lido e achado conforme, mandou a Autoridade encerrar o presente Termo, que o assina com o Depoente e comigo, Escrivão, que o digitei.

DELEGADA DE POLÍCIA

DEPOENTE: DeYkisson Beijamim Correia

ESCRIVÃ DE POLÍCIA:

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito

26828936-0

Identificação	1 Tipo de óbito ☐ Fetal ☒ Não Fetal	2 Data do óbito 12/04/2010	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro, tomar País)
	5 Nome do Falecido MARIA JOSE LOPES	6 Nome do Pai JOSE LUIZ CORREIA	7 Nome da Mãe ROSALINA LOPES	
Residência	8 Data de nascimento 27/04/1960	9 Idade Anos completos 50	10 Sexo ☒ M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ Ignorado	11 Raça/Cor ☐ Branca ☒ Preta ☐ Amarela
	12 Situação conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo	13 Escolaridade (última série concluída) Nível ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☒ Fundamental II (5ª a 8ª Série)	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) PROFESSOR	15 CEP
Ocorrência	16 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) FAZENDA SOLEDADE	17 Bairro/Distrito CENTRO	18 Município de residência LAGOA DO ANIL	19 UF
	20 Local de ocorrência do óbito ☒ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros	21 Estabelecimento HOSPITAL	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)	23 CEP
Fetal ou menor que 1 ano	24 Bairro/Distrito CENTRO	25 Município de ocorrência LAGOA DO ANIL	26 UF	
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
Condições e causas do óbito	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☒ Fundamental II (5ª a 8ª Série)	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	30 Código CBO 2002
	31 Número de filhos vivos Nascidos vivos 1 Perdas fetais/abortos 0	32 N.º de semanas de gestação 38	33 Tipo de gravidez ☒ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais	34 Tipo de parto ☐ Vaginal ☒ Cesáreo
Médico	35 Morte em relação ao parto ☐ Antes ☒ Durante ☐ Depois ☐ Ignorado	36 Peso ao nascer 3.500	37 Número da Declaração de Nascimento	
	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			
Causas externas	38 A morte ocorreu ☒ Na gravidez ☐ No parto ☐ Até 42 dias após o término da gestação	39 Não ocorreu nestes períodos ☐ De 43 dias a 1 ano após o término da gestação ☐ Não ocorreu nestes períodos	40 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? ☐ Sim ☒ Não ☐ Ignorado	41 Necrópsia? ☐ Sim ☒ Não ☐ Ignorado
	CAUSAS DA MORTE			
Causas externas	PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, ao somarem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
Causas externas	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.			
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
Causas externas	42 Nome do Médico MARCOS ANTONIO LOPES	43 CRM	44 Óbito atestado por Médico ☐ Assistente ☒ Suavizado ☐ IML	45 Município e UF do SVO ou IML
	46 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 55	47 Data do atestado	48 Assinatura	
Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações da ocorrência civil e epidemiológica)			
	49 Tipo ☒ Acidente ☐ Suicídio ☐ Homicídio ☐ Outros	50 Fonte da informação ☒ Químico Pericial ☐ Hospital ☐ Família ☐ Outros	51 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência ☐ Via pública ☐ Endereço de residência ☐ Outro domicílio ☐ Estabelecimento comercial ☐ Outros ☐ Ignorado	52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADAVER

Aviso de Ocorrência do CIODS

Número do Boletim Ocorrência

Dados da Ocorrência	Natureza ☐ Homicídio ☐ Latrocínio ☒ A Esclarecer ☐ Lesão Corporal Seg. de Morte ☐ Suicídio ☐ Acidente de Trânsito ☐ Outros Acidentes		Informações sobre a vítima: ☐ Pedestre ☐ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado		Veículo onde estava a vítima: ☐ Bicicleta ☐ Ônibus ☐ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ignorado		Circunstância do acidente: ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão ☐ Ignorado	
	☐ Culposo ☐ Doloso ☐ Não se aplica		Objeto Utilizado ☐ Outros ☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca		Circunscrição do Fato			
	Data do Óbito	Hora (hh:mm)	Data do Fato	Hora (hh:mm)	Local Principal da Ocorrência (No pública, bar, residência, clube, etc.)			
	Logradouro do Fato (Rua, avenida, rodovia, etc.)				Número	Complemento (Apt, Sala, Andar)		
Dados da Vítima	Município		Bairro		UF	Ponto de Referência		
	Nome		Apelido					
Dados Complementares (resumo do fato)	Mãe							
	Sexo ☐ Masc. ☒ Feminino	☐ Desconhecido	Data de Nascimento	Idade aparente	Cor da Pele/Etnia ☐ Negra ☒ Parda ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Indígena			
Responsável pelo Preenchimento Matrícula Nº Órgão: ☐ IC ☒ POLÍCIA CIVIL ☐ OUTRO ☐ POSTO PC HOSP. Corpo Encaminhado: ☐ IML (Recife - Caruaru - Petrolina) ☐ Unidade de Saúde () ☐ Outro Local				Delegado de Polícia (Nome) Matrícula Nº Assinatura ☐ CIVIL/Seccional ☐ DHPP ☐ Especializada ☐ Circunscrição ☐ DP de Plantão ☐ Outras				

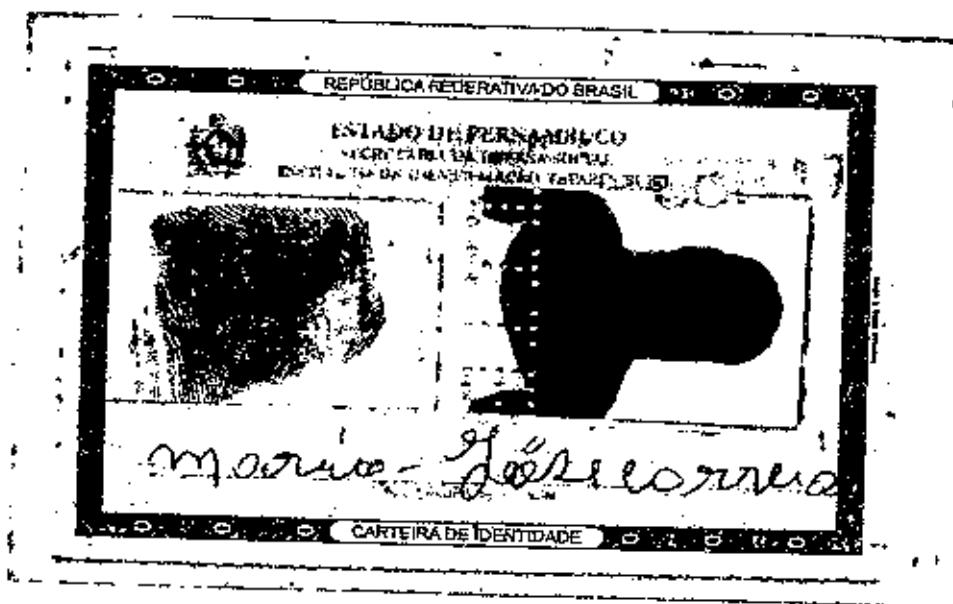


ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

Nº: 092592

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADAVER

1ª Via: Branca - 2ª Via: Azul - 3ª Via: Amarela - 4ª Via: Verde



Identificação

Residência

Ocorrência

Fetal ou menor que 1 ano

Condições e causas da morte

Médico

Causas externas

1 Tipo de óbito 1 ☐ Fetal 2 ☒ Não Fetal		2 Data do óbito		Hora		3 Cartão SUS		4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)	
5 Nome do falecido									
6 Nome do Pai					7 Nome da Mãe				
8 Data de nascimento		9 Idade Anos completos		Menores de 1 ano Meses		Oz		10 Sexo 1 ☐ M - Masc 2 ☒ F - Fem 3 ☐ Ignorado	
11 Raça/Cor 1 ☐ Branca 2 ☐ Preta 3 ☐ Amarela		4 ☒ Parda 5 ☐ Indígena		12 Situação conjugal 1 ☒ Solteiro 2 ☐ Casado 3 ☐ Viúvo		4 ☐ Separado judicialmente 5 ☐ Divorçado 6 ☐ União estável 7 ☐ Ignorada		Código CBO 2002	
13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 ☐ Sem escolaridade 1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 ☒ Fundamental II (5ª a 8ª Série)		3 ☐ Médio (antigo 2º grau) 4 ☐ Superior incompleto 5 ☐ Superior completo		Ignorado		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)			
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)					Número		Complemento		16 CEP
17 Bairro/Distrito					Código		18 Município de residência		19 UF
20 Local de ocorrência do óbito 1 ☐ Hospital 2 ☐ Outros estabelec. saúde 3 ☐ Domicílio 4 ☐ Via pública 5 ☐ Outros 6 ☐ Alguém Indígena 7 ☐ Ignorado					21 Estabelecimento				
22 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc)					Número		Complemento		23 CEP
24 Bairro/Distrito					Código		25 Município de ocorrência		26 UF
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE									
27 Idade (anos)		28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 ☐ Sem escolaridade 1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)		3 ☐ Médio (antigo 2º grau) 4 ☐ Superior incompleto 5 ☐ Superior completo		Ignorado		29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	
30 Número de filhos vivos Nascidos vivos		31 Nº de semanas de gestação		32 Tipo de gravidez 1 ☐ Única 2 ☐ Dupla 3 ☐ Tripla e mais 4 ☐ Ignorada		33 Tipo de parto 1 ☐ Vaginal 2 ☐ Cesáreo 3 ☐ Ignorado		34 Morte em relação ao parto 1 ☐ Antes 2 ☐ Durante 3 ☐ Depois 4 ☐ Ignorado	
35 Peso ao nascer (gramas)		36 Número da Declaração de Nascimento							
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL									
37 A morte ocorreu 1 ☐ Na gravidez 2 ☐ No parto 3 ☐ No abortamento 4 ☐ Até 42 dias após o término da gestação 5 ☐ De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 ☐ Não ocorreu nestes períodos									
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Ignorado									
39 Necropsia? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Ignorada									
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.									
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA									
41 Nome do Médico									
42 CRM									
43 Óbito atestado por Médico 1 ☐ Agente 2 ☐ Substituto 3 ☐ IML									
44 Município e UF do SVO ou IML									
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)									
46 Data do atestado									
47 Assinatura									
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)									
48 Tipo 1 ☐ Acidente 2 ☐ Suicídio 3 ☐ Homicídio 4 ☐ Outros									
49 Acidente do trabalho 1 ☐ Sim 2 ☐ Não									
50 Fonte da informação 1 ☐ Ocorrência Policial Nº. 2 ☐ Hospital 3 ☐ Família 4 ☐ Outro									
51 Descrição sumária do evento									
52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)									
Número									
Bairro									
Município									
UF									
53 Cartório									
Código									
54 Registro									
55 Data									



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

Aviso de Ocorrência do CIODS

Número do Boletim Ocorrência

Dados da Ocorrência	Natureza ☐ Homicídio ☐ Latrocínio ☒ A Esclarecer		☐ Lesão Corporal Seg. de Morte ☐ Suicídio ☐ Acidente de Trânsito ☐ Outros Acidentes		Informações sobre a vítima: ☐ Pedestre ☐ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado		Veículo onde estava a vítima: ☐ Bicicleta ☐ Ônibus ☐ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ignorado		Circunstância do acidente: ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão ☐ Ignorado								
	☐ Culposos ☐ Doloso		☐ Não se aplica		Objeto Utilizado ☐ Outros		☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca		Circunscrição do Fato								
	Data do Óbito		Hora (hh:mm)		Data do Fato		Hora (hh:mm)		Local Principal da Ocorrência (Via pública, bar, residência, clube, etc.)								
	Logradouro do Fato (Rua, avenida, rodovia, etc.)							Número		Complemento (Apt, Sala, Andar)							
Dados da Vítima	Município				Bairro				UF		Ponto de Referência						
	Nome										Apelido						
Dados da Vítima	Sexo ☐ Masc. ☐ Desconhecido ☒ Feminino										Data de Nascimento		Idade aparente		Cor da Pele/Etnia ☐ Negra ☒ Parda ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Indígena		
	Dados Complementares (resumo do fato)																
Responsável pelo Preenchimento Matrícula Nº _____ Órgão: ☐ IC ☒ POLÍCIA CIVIL ☐ OUTRO ☒ POSTO PC HOSP. Corpo Encaminhado: ☐ IML (Recife - Caruaru - Petrolina) ☐ Outro Local ☐ Unidade de Saúde (_____)														Delegado de Polícia (Nome) Matrícula Nº _____ Assinatura ☐ CVL/Seccional ☐ Especializada ☐ DP de Plantão ☐ DHPP ☐ Circunscrição ☐ Outras			



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

Nº: 092592

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

1ª Via: Branca - 2ª Via: Azul - 3ª Via: Amarela - 4ª Via: Verde



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO
K-2115/18



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO X SEM ANEXO



15
DE PT - UNIDADE DE TRÂNSITO VIÁRIO
PROTEÇÃO - 32204-7
SUBSEÇÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

Município	CARPINA		Rodovia	PE-090	Km	
Ponto de Referência	EM FRENTE A ENTRADA DO MOTEL CLONE					Data
Dia da Semana	SEXTA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	10:30	Hora/Cheg./Pr		17/08/18
						10:45

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO		ABAUSOAMENTO		COLISÃO		CHOQUE		CAPOTAMENTO	
Pedestre	X	Longitudinal		Frontal		Poste, Arvore		Tombamento	
Animal		Transversal		Traseira		Muro, Casa		Saída da Pista	
						Veículo Parado		Outros	

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	X	MORTOS		FERIDOS	01
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE				IDENT.	01	NÃO IDENT	TOTAL
							01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO		CONDIÇÕES/VIA		CONDIÇÕES/TEMPO		PERÍODO/DIA		SEMÁFARO	
Longo da Via	X	Seca	X	Bom	X	Manhã	X	S/Defeito	
Cruzamento		Molhada		Chuva		Tarde		C/Defeito	
Outros		Enlameada		Neblina		Noite		Desligado	
		Oleada		Garos		Madrugada		N/Existe	X

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial		Placa "Pare"		MÃO DE DIREÇÃO		DIVISÃO DA VIA	
Pedestre		Placa "Dê a Pref."		Única		Faixa Contínua	X
F.Retenção		Não há Placas	X	Dupla	X	Canteiro Central	
						Blocos	
						Outros	

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2		COMPORTAMENTO - V1/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	V1
Enc. Para Exame		Socorrido	
Não foi Realizado		Evadiu-se	

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário		Tomou Conhecimento	
Natureza das Avarias			

XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH (Art. 162 I CTB)		Deixar de Prestar Inform. s/ acid. (Art. 176 V CTB)	
Conduzir Veic. ã Lic. (Art. 230 V CTB)		Desob. Ordens. do Agente trãns. (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veic. s/ Doc. Porte Obrig. (Art. 232 CTB)		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Dirigir Sob. Influen. Alcool (Art. 165 CTB)		Conduzir Veic. S/ Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro à Vítima (Art. 176 I CTB)		Conduzir Veic. C/ Placa Ilég. (Art. 230 VI CTB)	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trãns. (Art. 176 II CTB)		Conduzir Veic. Alter. De Caract. (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Preserva Local de Acid. (Art. 176 III CTB)		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Remover Veic. Qdo. Determ. (Art. 176 IV CTB)		Outras	

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

EM ANEXO

VEÍCULO - 02

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência				
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT	Matricula	990221-0
XVIII - Digitador da SSTA	SD PM MORGANA		Of. Chefe da SSTA	NOME VALERIO
				TEN PM UMAITA



Confira se o original que foi apresentado.

data: 03/09/18

SD PM 112394-7



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
FMPE - DGO - CPE - BPRV
Batalhão Cel. Manoel de Souza Neto



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir s/ CNH (Art. 167, I, CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Port obrig. (Art. 232 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Porte obrig. (Art. 232 CTB)
Dirigir sob influência álcool (Art. 165 CTB)
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)
Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo à ans. (Art. 176, CTB)
Deixar de preservar local de accid. (Art. 176 III CTB)
Deixar de remover veic. Qdo Determ. (Art. 176 IV CTB)

V1 V2

Deixar de prestar socorro. S/ (Art. 176, v. CTB)
Desob. Ordens do Agente Trâns (Art. 195 CTB)
Conduzir veic. s/ Jacta violada (Art. 230, I CTB)
Conduzir veic. s/ placa (Art. 230 IV, CTB)
Conduzir veic. s/ placa ileg. (Art. 230 VI, CTB)
Conduzir veic. Alter. De caract. (Art. 230, VII, CTB)
Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
Outras: _____

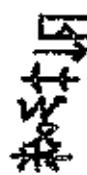
XIII - CROQUI

- Veículo removido do local -
- Não foi possível realizar o croqui.

XIV - SIMBOLOGIA



Automóvel e outros veículos de 4 rodas
Ônibus, Caminhão e Trator
Trem
Veículo de 2 ou 3 Rodas
Pedestre
Animal
Objeto Fixo



Incêndio
Marcha à Frente
Marcha à Ré
Derapagem
Capotamento ou Tombamento
Local da Colisão
Depois da colisão

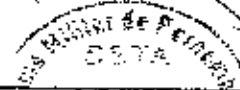
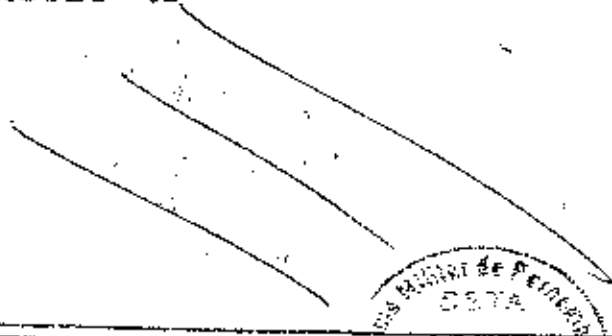
PGN 9013

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

AMASSAMENTO - CAPÔ, PARA CHOCAR DIANTEIRO,
PARA LATA LATERAL LADO DIREITO
QUEBRAMENTO - FAROL LADO DIREITO, FAROL
DE NEBLINA LADO DIREITO, TÓPO ESTRUTURA
DE FAROL LADO DIREITO, PARA CHOQUE CON-
TATO LADO DIREITO

VEÍCULO - 02



996789285

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de: CARPINA

Hora: 12:40h

Nome do receptor da ocorrência: _____

Matrícula: _____

XVII - RESPONSÁVEL
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA

NOME:

2º SGT

9902210

ASS:

Walter
Setor

XVIII - Datilógrafo SSTA: _____

Of. Chefe SSTA: _____



BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES - (SSTA)



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº K-21151 2018).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

EU ESTAVA TRAFEGANDO PELA LADREIRA DO JUA, NA PE-90,
PROXIMO AO BRINHO SANTO ANTONIO, LADREIRA - PE, AVANÇANDO
UMA SUNKARA, COM SUSPEITA DE EMBALARIAS, INCLUSIVE CIRQUE
DO VITIMA ESTAVA NO LOCAL COM OS MESMOS SINTOMAS DE
EMBALARIAS, COMO EM ALGUMAS DO MEU VEICULO SE TRABALHA
EM FRENTE DO PESSOAL, NOS DE DESEMPENHO E CUIDADO DE
LIVRAR ME DA POLÍCIA, APÓS O PROBLEMA ME DIRIGIR A
DIREÇÃO SEPARADA, UMA VEZ QUE FUI SOLICITADO O SAKILE
A VITIMA FUI SEPARADA COM VIDA.

Veículo: RAEVINLET S-10

Nome do Condutor: JOSE GONCALVES DE LIMA FILHO

RG: 25.31933

Orgão Expedidor: SSD - PE CPF: 449.615.374

- 20

Placa do Veículo: PEM-9013

Data: 12/03/18 Hora: 10:30:00

Assinatura: JOSE GONCALVES DE LIMA FILHO



Observação:

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



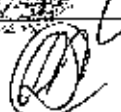
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER-1 / GCOI-1 / 11ª DESEC - Goiana- PE
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA

**TERMO DE DECLARAÇÃO PRESTADO POR: ROMILDO LUIZ CORREIA.
TESTEMUNHA.**

Aos **DEZOITO** dias do mês de **SETEMBRO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (19/09/2018)**, nesta Cidade de **CARPINA** Estado de Pernambuco, e, no **SETOR DE CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO**, onde presente se encontrava a **DELEGADA DE POLÍCIA – BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS**, comigo, Escrivã ao seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o(a) Sr(a): **ROMILDO LUIZ CORREIA**, RG não apresentado, brasileiro(a), nascido(a) em 15/01/1957, filho(a) de José Luiz Correia e Maria Jovelina Correia, natural de Lagoa do Carro/PE, residente no Loteamento Rua Maria de Fátima, s/n, Centro, Lagoa do Carro/PE. Fone: não informado. Aos costumes, disse nada. Inquirido pela Autoridade passou a declarar o seguinte: **QUE**, no dia 17.08.2018, por volta das 09h00min, saiu com sua irmã, a vítima **MARIA JOSE CORREIA**, e os dois pegaram uma Kombi na cidade de Lagoa do Carro/PE com destino para a comunidade de Aparecida, nesta cidade de Carpina/PE, pois estavam indo visitar um primo de ambos; **QUE**, ao descer da Kombi, a vítima foi atravessar a rodovia PE-90, momento em que foi atingida por uma caminhonete de cor branca, e foi arremessada por alguns metros; **QUE**, a referida caminhonete estava indo sentido Lagoa do Carro – Carpina, e aparentava estar em alta velocidade; **QUE**, por pouco o depoente também não foi atingido; **QUE**, nega ter ingerido bebida alcoólica no dia do acidente, bem como afirma que sua irmã, **MARIA JOSE**, também não havia ingerido; **QUE**, tomou conhecimento nesta Delegacia que o motorista da caminhonete disse que o declarante e a vítima estavam “embriagados” no momento do acidente, o que o declarante diz não ser verdade; **QUE**, o motorista da caminhonete não socorreu a vítima, e foi embora sem prestar socorro; **QUE**, em seguida, uma ambulância do SAMU que estava passando, parou e socorreu a vítima; **QUE**, a vítima foi socorrida para o SAMU, e levada para o hospital da Restauração, em Recife, onde entrou em óbito dois dias após o acidente; **QUE**, até o presente momento, o motorista/autor do referido atropelamento não prestou nenhum tipo de assistência a família da vítima. Lido e achado conforme, mandou a Autoridade encerrar o presente Termo, que o assina com o Depoente e comigo, Escrivão, que o digitei.

DELEGADA DE POLÍCIA: 

DEPOENTE: _____

ESCRIVÃ DE POLÍCIA: 



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
- DINTER-1 / GCOI-1 / 11ª DESEC - Goiânia - PE
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA

TERMO DE DECLARAÇÃO PRESTADO POR: WASHINGTON AMORIM DE LIMA SILVA. TESTEMUNHA.

Aos **DEZOITO** dias do mês de **SETEMBRO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (19/09/2018)**, nesta Cidade de **CARPINA** Estado de Pernambuco, e, no **SETOR DE CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO**, onde presente se encontrava a **DELEGADA DE POLÍCIA – BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS**, comigo, Escrivã ao seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o(a) Sr(a): **WASHINGTON AMORIM DE LIMA SILVA**, RG não apresentado, brasileiro(a), nascido(a) em 13/07/1994, filho(a) de Marcelo Amorim de Silva e Angelita Maria de Lima Silva, natural de Paudalho/PE, residente no Rua Padre Cícero Romão, nº 25, Centro, Lagoa do Carro/PE. Fone: não informado. Aos costumes, disse nada. Inquirido pela Autoridade passou a declarar o seguinte: **QUE**, afirma que é sobrinho da vítima, **MARIA JOSÉ CORREIA**, e no dia 17.08.2018, por volta das 09h00min, estava pilotando sua motocicleta na rodovia PE-90, se deslocando no sentido Lagoa do Carro/PE – Carpina/PE, e quando estava passando nas proximidades da comunidade de Vassouras, percebeu que uma caminhonete de cor branca passou em alta velocidade, cortando o declarante e outros veículos; **QUE**, logo depois, na comunidade de Aparecida, já nesta cidade de Carpina, viu que havia acabado de acontecer uma atropelamento, e parou para ver, quando viu que a vítima se tratava da sua tia, **MARIA JOSÉ**; **QUE**, ela estava muito machucada na cabeça, mas ainda estava consciente e conseguia falar; **QUE**, o motorista da caminhonete que causou o atropelamento estava no local, e o irmão da vítima, **ROMILDO**, também estava lá; **QUE**, **ROMILDO** estava muito nervoso e disse que eles estavam indo visitar um primo deles que mora em Aparecida, nesta cidade, e que haviam descido da Kombi e estavam atravessando a rodovia; **QUE**, **MARIA JOSE** foi levada com vida para o hospital da Restauração, mas entrou em óbito dois dias depois do acidente; **QUE**, acredita que o motorista da caminhonete estava dirigindo em alta velocidade, pois além dele ter passado antes pelo declarante correndo muito, o atropelamento ocorreu em uma subida e num local em que havia duas faixas para quem estava trafegando no sentido dele e do depoente. Lido e achado conforme, mandou a Autoridade encerrar o presente Termo, que o assina com o Depoente e comigo, Escrivão, que o digitei.

DELEGADA DE POLÍCIA

DEPOENTE: Washington Amorim de Lima Silva

ESCRIVÃ DE POLÍCIA: [Assinatura]

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 424558 - AGF AVENIDA GETULIO VARGAS
OLINDA - PE
CNPJ,...: 03117161000158 Ins Est.: 050950002

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 313799440
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 12/02/2019 Hora.....: 14:48:11
Caixa.....: 90371571 Matrícula...: 0798*****
Lancamento...: 065 Atendimento: 00063
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1598721162

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26*

Valor do Porte(R\$)...: 23,26

Peso real (G).....: 242

CNPJ/CPF Remet : 28577701468

Nome Remetente...: MARISELMA ALEIXO DE MORAES

Endereco Remet...: RUA FRANCISCO ANTONIO DA S

Cont Endereco...: ILVA,283 - CENTRO

Cep Remetente...: 55820-000

Cidade Remet...: LAGOA DO CARRO

UF Remet.....: PE

POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
---------------------	---	--------

Valor do Porte(R\$)...: 29,00

Cep Destino: 20031-205 (RJ)

Peso real (G).....: 242

OBJETO.....: DY094122495BR

=====

=====

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)

No caso de objeto com valor,

utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
desta comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome:

RG:

Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-IEI 6538/78

Ganhe tempo!

Baixar o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
desta comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE

SARA 7,8,02

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA, brasileiro, solteiro, agricultor, nascido em 16.06.1984 na cidade de Recife/PE, filho de: Derivaldo Beijamim de Oliveira e Maria José Correia, portador da Carteira de Identidade RG nº 6.921.672 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 063.672.874-93 residente e domiciliado na Rua Quatorze, Nº236, Loteamento José Fernando Lobo (Próximo a Creche) Lagoa do Carro – PE, com celular: 97305-9964, **constituo** e nomeio os bastantes procuradores:

OUTORGADA: Dra. MARISELMA ALEIXO DE MORAES, Advogada inscrita na **OAB/PE 26.376** com endereço para intimações: Rua Antônio Francisco da Silva, Nº258, Centro (Sala dentro da Prefeitura de Lagoa do Carro) Lagoa do Carro- PE. **Celulares: Dra. Mariselma 81 98145 1962 – 81 99828 3943 - 81 99434 2801.**

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para o foro em geral, especialmente para **REPRESENTAR OS INTERESSES DO OUTORGANTE PERANTE A SEGURADORA LIDER, ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT** podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato Representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, **propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública em Território Nacional.**

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga a outorgada acima descrita, os poderes especiais para **RECEBER O SEGURO DPVAT REFERENTE A MORTE POR ACIDENTE DA GENITORA DO OUTORGANTE EM CONTA BANCÁRIA.**

Lagoa do Carro/PE, 11 de Fevereiro de 2019.

OUTORGANTE

DeYkisson Beijamim Correia
Outorgante

Registro Civil das Pessoas Naturais
Rua Jamilson Correia de Melo
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
DEVYSSON BENJAMIN CORREIA
que confere c/ o padrão org nesta serventia. Dou
fé.
Lagoa do Carro, 11 de fevereiro de 2019 12:26:18.
Em st. _____ verdade.
Thiago Victor de Souza C. Ribeiro (Escrevente)
Valor Total R\$ 4,65
Selo: 0074492.HB01201902.00312



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Número do Sinistro: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

CPF: 398.274.704-00

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Outros



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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

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 cancela 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: 09/04/2019

Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

CPF: 063.672.874-93

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019

Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Número do Sinistro: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

Data do acidente: 17/08/2018

CPF: 398.274.704-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Outros



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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

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: 15/07/2019
Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA
CPF: 063.672.874-93

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Segura de envio do documento 2 Complementar

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 424548 - ADF AVENIDA GETULIO VARGAS - PE
OLINDA
CNPJ: 03117161000158 Ins Est.: 050050002

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF: 09240608000104
Doc. Post: 319821472
Contrato: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao: 62267655

Movimento: 01/04/2019 Hora: 10:06:41
Caixa: 31025001 Matrícula: 1193*****
Lançamento: R17 Atendimento: 00014
Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1621381919

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$):	23,26	
Peso real (G):	64	
CNPJ/CPF Remet: 28577701468		
Nome Remetente: MANISILMA A. MORAES		
Endereço Remet: RUA LOTEAMENTO JOSE FERNAN		
Cont Endereço: DO LOBRO, 14 230 - CENTRO		
Cep Remetente: 55820-000		
Cidade Remet: LAGOA DO CARRO		
UF Remet: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$):	29,00	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G): 64		
OBJETO: 0Y1476185536R		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação da fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais
Nome: RG:

Ass. Responsável:

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8169

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

DPVAT

ENDEREÇO DESTINÁRIO:

CAIXA POSTAL 40.970

CEP: 20270-971



AR



REMENTENTE:

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

**ENDEREÇO: RUA 14, N° 236, LOTEAMENTO JOSÉ FERNANDO LOBO, LAGOA
DO CARRO/PE**

CEP: 55820-000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Número do Sinistro: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

CPF: 398.274.704-00

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

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: 15/07/2019
Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA
CPF: 063.672.874-93

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

CPF: 398.274.704-00

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Outros

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

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: 22/02/2019
Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA
CPF: 063.672.874-93

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Número do Sinistro: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

CPF: 398.274.704-00

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

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 de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

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: 09/04/2019
Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA
CPF: 063.672.874-93

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de únicos herdeiros não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000001242

Conta: 0000075970-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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 com 16 ou 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

398.274.704-00

Nome completo da vítima

Maria José Correia

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Deykison Benjamin Correia

CPF titular da conta

063.672.874-93

Profissão

Endereço

Rua 14 nº 336

Número

336

Complemento

Casa

Bairro

Lotamento José F. Lôbo

Cidade

Lagoa do Carro

Estado

PE

CEP

55.820.000

E-mail

Telefone (DDD)

973059964

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

☐ RLCUSO INFORMAR

☐ SLR RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ 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)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

DV

CONTA

NRO

DV

AGÊNCIA

NRO

DV

CONTA

NRO

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

Recife 12 de fevereiro de 2019

Local e data

X Deykison Benjamin Correia

Campo 1 - Assinatura do beneficiário

[Assinatura]

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jose Carlos CPF: 063642876-93
Profissão: _____ Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Itapiporã do Sul Estado: PE CEP: 55800000
E-mail: SPM88@ig.Oper. Br Tel.(DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado _____
Local e Data, Olinda 12/02/13
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, "nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3190168217 CPF da vítima: 398.274.704-00 Nome completo da vítima: maria jose correia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Deukisson Benjamin Correia CPF: 063.672.874-93

Profissão: Agricultor Endereço: Rua: Quatorze Número: 236 Complemento:

Bairro: Loteamento José Fernando Lobo Cidade: Lagoa do Carro Estado: PE CEP: 55820-000

E-mail: Tel.(DDD): 8197305-9964

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☒ ATÉ R 1.000,00 ☐ R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00 ☐ R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00 ☐ ACIMA DE R 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) OP. 013

AGÊNCIA: 1242 ☐ CONTA: 00075970 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ CC

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento



Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF: 063 672 874-93

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Deukisson Benjamin Correia

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

16/MAR/2019

HORA DE 08:37:25

LOT. 15.011795-7

TERM 010650

LOCALIDADE: LAGOA DO CARRO

AG. VINCULADA: 1242

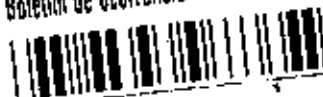
~~1242 013 00075970-9~~

DEPOSITO NAO EFETIVADO

loterias CAIXA

Agência 1242
Operação: 013
Conta Poupança: 000 75970-9.
Caixa Econômica

Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4º CIRC DIM/2º DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0334001035

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/08/2018 às 18:11

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 17/8/2018 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, PE PROXIMO A FABRICA DE CERVEJA ITAIPAVA-CENTRO - CARPINA-PE** - Bairro: **CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
DEYNISSON BELJAMIM CORREIA (NOTICIANTE)
MARIA JOSE CORREIA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

MARIA JOSE CORREIA (não presente ao plantão) - NID: 092592 Sexo: **Feminino** Mãe: **JOVELINA MARIA CORREIA** Pai: **JOSE LUIZ CORREIA** Data de Nascimento: 7/8/1980 Nacionalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: 2528802/SDS/PE (RG), 39827470400 (CPF) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, FAZENDA SOLEDADE-CENTRO-LAGOA DO CARRO-PE** - CEP: 55000-000 - Bairro: **CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DEYNISSON BELJAMIM CORREIA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE CORREIA** Pai: **DEYVALDO BELJAMIM DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: 10/6/1994 Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: 0921672/SDS/PE (RG), 06267287402 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: 81973055964

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, FAZENDA SOLEDADE-CENTRO, LAGOA DO CARRO-PE** - CEP: 55000-000 - Bairro: **CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

CAMINHONETE (VEICULO) do proprietário do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria Veículo: **CAMINHONETE/VW** **NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Ocorrência: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKD7682 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Desenho: CARRINHONETE

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATO DO NOTICIANTE E FILHO DA VITIMA, EM 17/05/2018, AS 12:00 HORAS, A VITIMA SAIU DE SUA RESIDENCIA PARA FAZER UMA VISITA DE ROTINA AO SEU IRMAO, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR, A RODOVIA ESTADUAL, QUE CRUZA O MUNICIPIO DE CARPINHA-PE, UMA CARRINHONETE DE PLACA KKD-7682-PE, FEZ UMA ULTIMA PASSAGEM PROIBIDA, ATRIOPELOU A VITIMA NO ACOSTAMENTO DA RODOVIA, DE IMEDIATO O SEU IRMAO ACIONOU UMA VIATURA DO SAMU, QUE O SOCORREU PARA MATERNIDADE UNIDADE MISTA DE CARPINHA-PE. DEPOIS DOS PRIMEIROS SOCORROS, A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, QUANDO VEIO A OBITO EM 18/05/2018, AS 19:00 HORAS, GUIA DE REMOCAO DE CADAVER ASSINADA PELO MEDICO DR. CARLOS ALBERTO DE CRISTO, 26503, O NOTICIANTE RELATA QUE APESAR DO AUTOR SER CONDUZIDO PARA DELEGACIA DO MUNICIPIO DE CARPINHA PELOS POLICIAIS DA POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO, FOI LIBERADO LOGO EM SEQUIDA.

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

Delkisson Beizorran Correia
DELISSON BEIZORRAN CORREIA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: PAULO RICARDO DE OLIVEIRA SILVA - Matrícula: 3811522



Pendências

o Simistwo já

foi aberto

Simstwo 3190 168217

* Protocolo que pediu novos
doc. 28580421

pendente: nº da conta
e endereço atualizado

23.26 242
CORR: 23.261
Nome Remetente: MARIA SELMA ALEIXO DE MORAES
Endereço Remetente: RUA FRANCISCO ANTONIO DA S
Cont. End. Remetente: 11. VA. 283 - CENTRO
Cep Remetente: 55.820-000
UF Remetente: PE
LACIA DO CARRO
POSTAL RESPOSTA DPV
Valor do Porte(R\$) 29.00 28.00+
Cap Destino: 20031-205 (RJ)
Peso real (G) 242
OBJETO: R10934122455RR

DOCUMENTO(R\$)

52.26

Declarado não solicitado(R\$)
Declarado com valor.
Declarado adicional de valor declarado

A FATURAR

ção do(s) serviço(s) ativa
do(s) (18) pagador adianta
do(s). Os valores constantes
podem sofrer variações de