



Número: **0000044-65.2020.8.17.2460**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Carnaíba**

Última distribuição : **31/01/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (AUTOR)		LAURINDO ANTONIO DE MEDEIROS NETO (ADVOGADO) JOHN LENON PEREIRA DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62435801	25/05/2020 15:14	2723006_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARNAIBA/PE

Processo: 00000446520208172460

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **20/05/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/06/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.



A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUEVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CARNAIBA, 22 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **CARNAIBA**, nos autos do Processo nº 00000446520208172460.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0000044-65.2020.8.17.2460**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Carnaíba**

Última distribuição : **31/01/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (AUTOR)		LAURINDO ANTONIO DE MEDEIROS NETO (ADVOGADO) JOHN LENON PEREIRA DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62435806	25/05/2020 15:14	ANEXO 1	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE REGINHO DOS SANTOS

RG nº 4184744, data de expedição 11/11/1971 Órgão SDS

CPF nº 755372-734-20 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ANTÔNIO SALVADOR DE ARAÚJO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ARAXÁ BA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56828-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9534-0574</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Recife-PE 13/junho/2018



Assinatura do Declarante:

JOSE REGINALDO DOS SANTOS





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. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 5005943-85 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE REGINALDO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA DE LOURDES LIMA 23 - A

CPF: 755.372.734-20

BAIRRO NOVOQUINABA
OLINDA - PE
50829-000

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

DATA NOTA FISCAL	SERIE	ENTRADA
018403880	UNICA	14/05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
21/05/2018	21/05/2018	13/06/2018
TARREFAÇÃO	R/BO CLIENTE	W/DATACONSUMIDOR
14/05/2018	2000949956	5527467

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7027357142	05/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
21/05/2018	13/06/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	10,49

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W/h)	30.0000000	0.3544249	10,68
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,13
Multa por atraso NF 012854388 - 12/04/18			0,28
Juros por atraso NF 012854388 - 12/04/18			0,01
TOTAL DA FATURA			10,49

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W/h)
37211908	GR1	12/04/2018	0,00	14/05/2018	7,00	32	1,00000		1,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
USUÁRIO (WH)			SINTESE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
MA/18	30		ICMS PIS COFINS		Faturado pelo cliente de 10% (Custo de Distribuição Artigo 4º, Resolução ANEEL 414/2011)	
ABR/18	30			16,19	1,12	0,18
JUN/18	30			16,19	5,32	0,88
FEV/18	30					
JAN/18	30					
DEZ/17	-					
			TARIFFAS APLICADAS			
			CARGO APLICADO			
NOV/17					2,50	
OCT/17						
SET/17						
AGO/17						
RESUMO DO FATOR						
AA/17			TD27 8073 5865 9797 4CB4 F82F 1C34 DEBD			
JUN/17						
MA/17						

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142107900000061310399>
 Número do documento: 20052515142107900000061310399



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 35.445.527/0001-04

Rua Padre Maciel, 266 - Centro - Quixaba-PE. CEP 56828-000 Fone n.º (87) 3854-8102 - E-mail: ssquix@bof.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, e a quem interessar, que o Sr. **JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS**, portado do **CPF:755.372.734-20**, **RG:4.184.744** **SDS-PE**, residente na Rua Placido Pereira Nunes s/n. vítima de acidente automobilístico (Moto), ocorrido no dia 20/05/2018 na Rua Antônio Salvador de Araújo, s/n foi Transferido do local com à Ambulância Placa klt 2310 do Centro Médico Maria Alves dos Santos, localizado na cidade Quixaba-PE. e encaminhado ao Hospital Regional de Afogados da ingazeira,

Por ser expressão da verdade, firmo-me assinando abaixo,



Quixaba, em 21 de Maio de 2018.


Maria das Graças Miguel
DIRETORA
Mat. 866

CENTRO MÉDICO
MARIA ALVES DOS SANTOS
CNES: 2347652
QUIXABA-PE



Conf. Sem. a Hospital
F10.683.020/0010/2018
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Secretaria de Saúde de Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: H. R. E. C. 2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: H. R. E. C. 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS): 6 - SIS PRENATAL: 7 - SENHA/REGULAÇÃO: 8 - Nº DO PRONTUÁRIO: 87942

9 - NOME DO PACIENTE: Rose Reinaldo dos Santos 10 - DATA DE NASCIMENTO: 11/11/71 11 - SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. ☐ 3

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Amélia do Socorro dos Santos 13 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO:

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Plácido Pereira Nunes 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Caruaru - PE 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 17 - UF: PE 18 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO: Paciente vítima de acidente automobilístico com dor no dorso, membros superiores e inferiores. Acidente ocorrido no dia 11/05/2018, às 14h, no km 10 da BR-101, em Caruaru - PE.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): O exame clínico + Rx de coluna

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Transtorno de estresse pós-traumático + Ansiedade 22 - CID. 10 PRINCIPAL: T818

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO: Distúrbio de sono + Transtorno de ansiedade 24 - CID 10 SECUNDÁRIO: 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Conservação da função da coluna 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 014120401719

28 - CLÍNICA: 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 30 - DOCUMENTO: 31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Francisco Gomes 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/05/2018 34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA: 39 - Nº DO BILHETE: 40 - SÉRIE:

41 - CNPJ DA EMPRESA: 42 - CNAE DA EMPRESA: 43 - CSOR:

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

47 - DOCUMENTO: 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO:

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 11/05/2018 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

COMPREV
COMPREV VITA E SEGURANÇA S/A
13 JUN 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

ENF LEITO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 87.947
Data 20/05/18
Hora 22:00h

PACIENTE

Nome: José Reginaldo dos Santos Categoria: Sus
Sexo: M Idade: M.M. 71 Cor: _____ Estado Civil: DIVORCIADO
Naturalidade: Paraná - PE Profissão: Guarda municipal
Endereço: Rua Relacio Pereira Nunes

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Mãe do Socorro dos Santos Parentesco: mãe
Endereço: _____

Internado por Ordem de _____

Ass. Médico - CRM

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL
YEN
NOTIFICADO

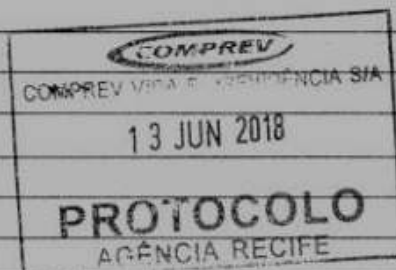
☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Hora do Atendimento Médico _____
Pressão Arterial _____ MX _____ MN. _____ Pulso _____ BPM
Temperatura _____ °C
Queixa Principal _____

170.552.923/0010-241
HOSPITAL DO RECIFE
Av. Angel Vargas Sobrinho, s/nº - Jd. São José - 51020-000 - Recife - PE
Ass. Médico - CRM

História da Doença Atual

22/05/2018, José Reginaldo dos Santos, Guarda Municipal, apresentando dor abdominal no quadrante superior direito, com caráter crônico e intermitente, associada a náuseas e vômitos.

ATENÇÃO MÉDICA



HISTÓRIA DOENÇA ATUAL
YEN
CONFERIDO

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL
YEN
NOTIFICADO

17
31
46

SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO - 1973/1993



UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

N.º do Registro

Data Admissão

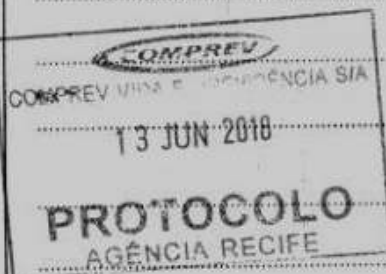
Nome do Procedimento Cirúrgico

DRENAGEM LATERAL ESQUERDO FEMORAL

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
20/05/18						

Incisão em 22x1 sob anestesia
intercostal. Incisão 1cm, drenagem
de 200ml de sangue no 34, fixação
do dreno com Nylu 2-0. Curativo



1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião

Dr. Francisco Gomes
Cirurgia Geral e Obstétrica
CREMEPE 6740

Lagrática (87) 9917-1862 / 9635-7820



Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome: Jose Reginaldo Santos

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

☐ Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;

☐ Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às ____ hr;

☒ Necessita de 120 dia(s) de cura + verba de
afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;

☐ Esteve internado neste Hospital no período de ____/____/____ à
____/____/____ e necessita de mais ____ dia (s),
(____) para sua reabilitação;

☐ Acompanhou o Paciente: _____
no período de ____/____/____ à ____/____/____, neste Hospital;

CID-10 B420 OP 14.00.15

Serra Talhada-PE, 15 de 06 de 2018

Atenciosamente:

México/CRM



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que:

José Reginaldo dos Santos

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

☒ Afastar-se do trabalho por 30^{os} dias

☐ Afastar-se das aulas por _____ dias

☐ Afastar-se da Educação Física por _____ dias

☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade

☒ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*

☐ Acompanhante do paciente

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico:

Fratura do clavículo E

Procedimento:

Aplicação de curativo

CID 10:

S42.0



20 de *05* de 20 *18*

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 15.466 5807 11.823





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 35.445.527/0001-04

Rua Padre Maciel, 266 - Centro - Quixaba-PE. CEP 56828-000 Fone n.º (87) 3854-8102 - E-mail: ssquix@bof.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, e a quem interessar, que o Sr. **JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS**, portado do **CPF:755.372.734-20**, **RG:4.184.744 SDS-PE**, residente na Rua Placido Pereira Nunes s/n. vítima de acidente automobilístico (Moto), ocorrido no dia 20/05/2018 na Rua Antônio Salvador de Araújo, s/n foi Transferido do local com à Ambulância Placa klt 2310 do Centro Médico Maria Alves dos Santos, localizado na cidade Quixaba-PE. e encaminhado ao Hospital Regional de Afogados da ingazeira,

Por ser expressão da verdade, firmo-me assinando abaixo,



Quixaba, em 21 de Maio de 2018.



Maria das Graças Miguel
DIRETORA
Mat. 866

CENTRO MÉDICO
MARIA ALVES DOS SANTOS
CNES: 2347652
QUIXABA-PE



Conf. Sem. a Hospital
F10.683.020/0010/2018
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Secretaria de Saúde de Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: H. R. E. C. 2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: H. R. E. C. 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS): 6 - SIS PRENATAL: 7 - SENHA/REGULAÇÃO: 8 - Nº DO PRONTUÁRIO: 87942

9 - NOME DO PACIENTE: Rose Rinaldo dos Santos 10 - DATA DE NASCIMENTO: 11/11/71 11 - SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. ☐ 3

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Amélia do Socorro dos Santos 13 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO:

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Plácido Pereira Nunes 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Caruaru - PE 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 17 - UF: PE 18 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO:
Paciente vítima de acidente automobilístico com dor no dorso, membros superiores e inferiores. Acidente ocorrido no dia 11/05/2018, às 14h, no km 10 da BR-101, no município de Caruaru, PE.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
O exame físico e Rx de tórax

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Trauma torácico com fratura de costela 22 - CID. 10 PRINCIPAL: T818

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO: fratura de costela 24 - CID 10 SECUNDÁRIO: 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Conservação da lesão por trauma 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 04120401719

28 - CLÍNICA: 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 30 - DOCUMENTO: 31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Francisco Gomes 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/05/2018 34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA: 39 - Nº DO BILHETE: 40 - SÉRIE:

41 - CNPJ DA EMPRESA: 42 - CNAE DA EMPRESA: 43 - CSOR:

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

47 - DOCUMENTO: 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO:

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 11/05/2018 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

COMPREV
COMPREV VITA E SEGURANÇA S/A
13 JUN 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



ENF LEITO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 87.947
Data 20/05/18
Hora 22:00h

PACIENTE

Nome: José Reginaldo dos Santos Categoria: Sus
Sexo: M Idade: M.M. 71 Cor: _____ Estado Civil: DIVORCIADO
Naturalidade: Paraná - PE Profissão: Guarda municipal
Endereço: Rua Relacio Breine Nunes

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Mre do Socorro dos Santos Parentesco: mãe
Endereço: _____

Internado por Ordem de _____

Ass. Médico - CRM

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL
YEN
NOTIFICADO

☐ Clínico☐ Cirúrgico

Hora do Atendimento Médico

Pressão Arterial _____ MX _____ MN. Pulso _____ BPM

Temperatura _____ °C

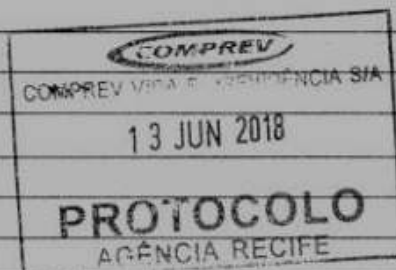
Queixa Principal _____

170.552.923/0010-241
HOSPITAL DO RECIFE
Av. Angel Vargas Sobrinho, s/n, CEP 51010-000
Recife - PE

História da Doença Atual

22/05/2018, José Reginaldo dos Santos, Guarda Municipal, apresentando dor no abdômen, com início há 2 dias, dor tipo cólica, com evacuações normais.

ATENÇÃO MÉDICA



HISTÓRIA DOENÇA ATUAL
YEN
CONFERIDO

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL
YEN
NOTIFICADO

17
31
46

SISTEMA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO



UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

N.º do Registro

Data Admissão

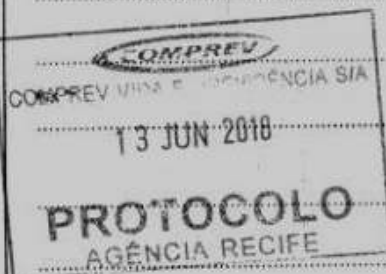
Nome do Procedimento Cirúrgico

DRENAGEM LATERAL ESQUERDO FEMORAL

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
20/05/18						

Incisão em 22x1 sob bloqueio
intorno. Incisão 1cm, drenagem
de 200ml de sangue no 34, fixação
do dreno com Nylon 2-0. Curativo



Confere *[assinatura]* Digital
19.583.020-26
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
Av. Manoel Virginio, 1000 - Km 01, 20200-000
CEP 55.014-200 - Ar. da Ind. e Com. - PE

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião

[assinatura]
Dr. Francisco Gomes
Cirurgia Geral e Obstetrícia
CREMEPE 6740

Lagrática (87) 9917-1862 / 9635-7820



André Quintas

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO ORTOPEDA DA SOCIEDADE BRASILEIRA (SBCO)

ATESTADO LAUDO
(AO MS)

Vozes Reginaldo dos Santos
com 5 meses PT, submetido
a cirurgia de clavícula
bloqueio longo a 45°, atropo
médico 180: Capulite atropo
curado CID: M75

gelado 03 (três) meses
em repouso / sem esforço
físico

30/11/18

Consultas
Fraturas
Osteoporose
Artrite
Artrose
Bursite
Correção Postural
Dor Lombar (coluna)
Tendinite
Artroscopia do Joelho

Consultório: Centro Diagnóstico (Anexo a Casa de Saúde)
Av. Aparício Veras, 411 - Centro - Afogados da Ingazeira - PE - Fone: (87) 3838-1304
Filial: Flores-PE - Fone: (87) 9 9615-1171

CID 15378





HOSPITAL SÃO VICENTE

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome: Jose Resimão Santos

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

☐ Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;

☐ Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às ____ hr;

☒ Necessita de 120 dia(s) (Conto + Vende) de afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;

☐ Esteve internado neste Hospital no período de ____/____/____ à ____/____/____ e necessita de mais ____ dia (s),
(____) para sua reabilitação;

☐ Acompanhou o Paciente: _____
no período de ____/____/____ à ____/____/____, neste Hospital;

CID-10

S420 OP 16.06.18

Serra Talhada-PE, 15 de 06 2018

Atenciosamente;

Médico/CRM





Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome: Jose Reginaldo Santos

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

- ☐ Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;
- ☐ Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às ____ hr;
- ☒ Necessita de 120 dia(s) certidão de saúde de afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;
- ☐ Esteve internado neste Hospital no período de ____/____/____ à ____/____/____ e necessita de mais ____ dia (s),
(____) para sua reabilitação;
- ☐ Acompanhou o Paciente: _____
no período de ____/____/____ à ____/____/____, neste Hospital;
- CID-10 B420 OP. H. de 15
- Serra Talhada-PE, 15 de 06 2018

Atenciosamente:

Méico/CRM



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que: José Reginaldo dos Santos
Profissão: _____

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- ☒ Afastar-se do trabalho por 30^{os} dias
☐ Afastar-se das aulas por _____ dias
☐ Afastar-se da Educação Física por _____ dias
☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
☒ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
☐ Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.
Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Fratura do clavículo E

Procedimento: Aplicação de curativo

CID 10: 542.0



20 de 05 de 2018

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 15.466 3807 11.823



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.184.744

DATA DE EMISSÃO 18/03/2015

NOME << JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS >>

ALIAS << JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS >>
<< MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS >>

NATURALIDADE QUIXABA - PE

DATA DE NASCIMENTO 11/11/1971

SOC. ORDEM << CC.170 L.802 F.19V CART. QUIXABA-
PE 29.09.1994 >>

CPF 755.372.734-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

4150219802061232336333994 F-65 78.033 - 3022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

10 R-17

José Reginaldo dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CERTE
4.184.744

ESTADO
EXPIRAÇÃO
18/03/2015

NOME
 << JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS >>
 << JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS >>
 << MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS >>

NATURALIDADE
 QUIXABA - PE
 DATA DE NASCIMENTO
 11/11/1971

SOC. ORDEM << CC.170 L.802 F.19V CART. QUIXABA-
 PE 29.09.1994 >>

CPF
 755.372.734-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

4150219802061232336333994 F-65 78.033 - 3022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

10 R-17


 

José Reginaldo dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210199/18
Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/05/2018
Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/06/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 755.372.734-20

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2018
Nome: EMERSON JOSE ALVES CARNEIRO FILHO
CPF: 120.911.224-83

EMERSON JOSE ALVES CARNEIRO FILHO





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

HARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A AUSÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569530 **Cidade:** Quixabá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA DE ARCO COSTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA, LMC E DRENAGEM DE TUMOR, FLEGMÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569530 **Cidade:** Quixabá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA DE ARCO COSTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM DE TÓRAX FECHADA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS NÃO COMPROVAM PRESENÇA DE SEQUELA PERMANENTE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437663/18

Número do Sinistro: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF: 755.372.734-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/12/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437663/18

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF: 755.372.734-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS





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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE REGINALDO DOS SANTOS

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

Comprovante de residência 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

Pag. 01157/01158 - carta_03 - INVALIDEZ

00050579



Carta nº 13678203



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180569530**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

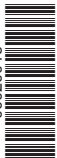
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13678592

Pag. 00089/00090 - carta_01 - INVALIDEZ

00020045





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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00583/00584 - carta_04 - INVALIDEZ

00060292



Carta nº 1372729





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

755372734-20

Nome completo da vítima

Jose Reginaldo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jose Reginaldo dos Santos		CPF titular da conta	755.372.734-20	Profissão	nao Informa
Endereço	Antonio Salvador de Araujo		Número	51	Complemento	Prad
Bairro	Cidade	Estado	CEP			
Centro	Guixolha	PE	56828000			
Email			Telefone (DDD)	81	9534.0574	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0570 D/V		BANCO Nome NRO	
CONTA NRO. 150906 D/V 9		AGÊNCIA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Recibo-PE, 13 de Junho de 2018

Local e Data

Jose Reginaldo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agência : 32301367-AC CARNIUBA
Terminal : 32317601 Id. Trx : 365413
Nro Aut : 102049 Caixa : 85067520
Data : 16/05/2018 Hora : 10:20
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.
5/5/801323 000073

EXTRATO DE POUANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUANÇA QUOT

RENDIMENTOS

SELIC 12% a.a. sobre o Saldo A.A. TRANSF. da SELIC
SELIC sobre o Saldo A.A. TRANSF. A.M.

AGÊNCIA 05/0-1 CONTA 15-906-9 VAR 51
CLIENTE JOSE REGINALDO DOS SANTOS

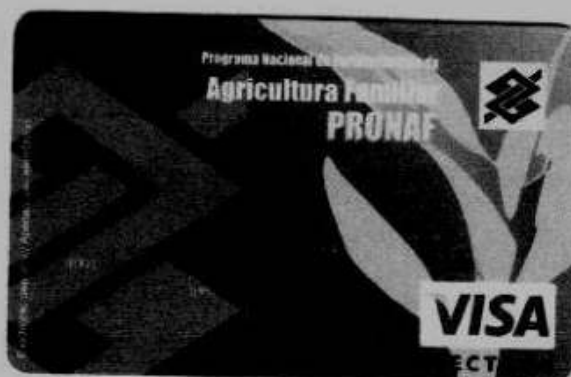
DATA	DT. BS.	HEISTORICO	VALOR
Mês 2018			
0905		Saldo ant.	0,64C
1105	11	TRANSF. CRED	1.065,00C
S A L D O			1.065,64C
VAL. BLOQUEADO			0,00C
DISPONIVEL			1.065,64C

SALDOS POR DIA BASE

11	1.065,00	16	0,28
19	0,36		

Poupança premia clientes BB.

Saiba mais em www.bb.com.br/poupancapremiada



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

3180270010

CPF da Vítima

755.372.734-20

Nome completo da vítima

José Reginaldo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Reginaldo dos Santos		CPF titular da conta 755.372.734-20		Profissão	
Endereço Rua Antonio Salvador de Araújo		Número 23		Complemento CASA	
Bairro Centro	Cidade QUIXABA	Estado PE	CEP 56828.000		
Email			Telefone (DDD) (85) 9 8540 6931		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0570 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 15906 D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. D/V (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.

Resfe 12.04 de Julho de 2018
Local e Data

* José Reginaldo dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agência 32301367-AC CARNATIBA
Terminal 32313601 Id. Inv. 351144
Nro. Aut. 082301 Caixa 85067520
Data 21/06/2016 Hora 08:23
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757801323 000041

EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
POUPANÇA DIÚRO

RENDIMENTOS:

SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A. TR+0,5% A.M.

AGÊNCIA: 0570-3 CONTA: 15.906-9 VAR: 51
CLIENTE: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DATA	DEBS HISTÓRICO	VALOR
1406	Saldo ant.	1.062,44C

NÃO HA LANÇAMENTOS NO PERÍODO

SALDO	1.062,44C
VER. BLOQUEADO	0,00D
DISPONÍVEL	1.062,44C

SALDOS POR DIA BASE

13 1.062,44

Poupança premia clientes BB
Saiba mais em www.bb.com.br/poupancapremiada



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

3180270010

CPF da Vítima

755.372.734-20

Nome completo da vítima

José Reginaldo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Reginaldo dos Santos		CPF titular da conta 755.372.734-20		Profissão	
Endereço Rua Antonio Salvador de Araújo		Número 23		Complemento CASA	
Bairro Centro	Cidade Quixabá	Estado PE	CEP 56828.000		
Email			Telefone (DDD) (85) 9 8540 6931		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0570 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 15906 D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. D/V (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.

Resfe 12.04 de Julho de 2018
Local e Data

* José Reginaldo dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agência 32301367-AC CARNATBA
Terminal 32313601 Id. Inv. 351144
Nro. Aut. 082301 Caixa 85067520
Data 21/06/2016 Hora : 08:23
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757801323 000041

EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANÇA DIÚRO

RENDIMENTOS:

SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A. TR+0,5% A.M.

AGÊNCIA: 0570-3 CONTA: 15.906-9 VAR: 51
CLIENTE: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DATA	DE BS HISTÓRICO	VALOR
1406	Saldo ant.	1.062,44C

NÃO HA LANÇAMENTOS NO PERÍODO

SALDO	1.062,44C
VER. BLOQUEADO	0,00D
DISPONÍVEL	1.062,44C

SALDOS POR DIA BASE

13 1.062,44

Poupança premia clientes BB

Saiba mais em www.bb.com.br/poupancapremiada



Serventia Registral e Notarial
de Quixadá

Rua José Pereira dos Anjos, 100 Centro

CEP: 56.828-000

05/06/2018

Boletim de Ocorrência

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

Jose Reginaldo dos Santos
JOSE REGINALDO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrada por: VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO - Matrícula: 221126-2

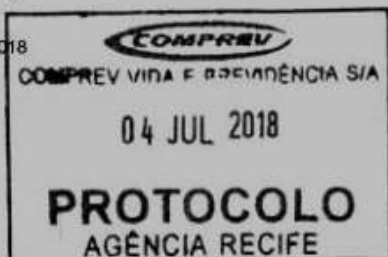
PP *JOSE REGINALDO DOS SANTOS*
221126-2

Reconheço a presente firma por autenticidade de Jose Reginaldo dos Santos Data: 05/06/2018. DOB RE. Tabelas: R\$10,00 FISC: R\$0,40 IRE: R\$0,20 TOTAL: R\$10,60
Selo: 015996, COINTEGRO, 00546, 05/06/2018, 15:42:08
Comite autenticidade em www.cjpe.jus.br/protocolo/gfcat

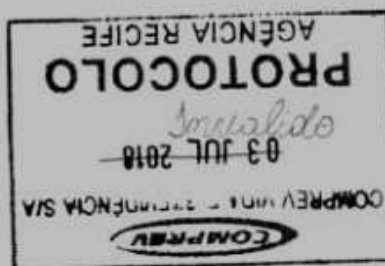
SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE QUIXADÁ
TÍTULOS: ESCRITA MABEL FIECHOCKI WANDERLEY
Telefone: (81) 98880-7195



03/07/2018



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185ºCIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0275000124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **15:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 0001, PROXIMO A IGREJA** - Bairro:
CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
OUTROS (AUTOR / AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VITIMA)

Vicente Teotônio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **JOSE AUGUSTO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE QUIXABA, 165, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

OUTROS - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2010, COR PRETA, PLACA PFC9109, CHASI 9C2KC1620AR058651, RENAVAM 257043780, VINHA DIREÇÃO LAGOA DA CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VINHA NA DIREÇÃO OPOSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EM UMA ARVORE, OCASIÃO EM QUE SOFREU DIVERSOS FERIMENTOS.

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

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%...> 1/2



03/07/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Jose Reginaldo dos Santos
JOSE REGINALDO DOS SANTOS
(VITIMA)

Vicente Teotônio do Nascimento
Vicente Teotônio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

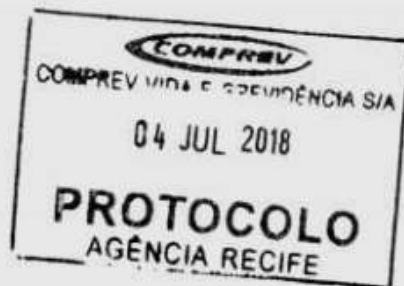
B.O. registrado por: **VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221126-2**

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE QUIXABA
Titular: SYTHIA MABEL FIECZOCKI WANDERLEY
Telefone: (81) 98880-7385

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: JOSÉ REGINALDO SANTOS. Dou fé EM TESTE DA VERDADE QUIXABA-PE, 03 de julho de 2018, Tabelião Público Emolumentos R\$-3,39-TSNR R\$-0,80-FERC R\$-0,40-ISS-0,20-Total R\$-4,79

Selo: 0159996.SPW03201802.00790 03/07/2018 16:03:42
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

29.246.903/0001-39
Serventia Registral e Notarial
de Quixaba
Rua José Pereira dos Anjos, 460 Centro
CEP- 55.628-000-QUIXABA PE



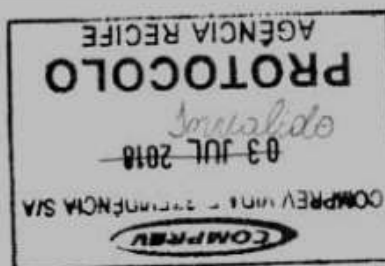
<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%...> 2/2



03/07/2018



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185ºCIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0275000124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **15:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 0001, PROXIMO A IGREJA** - Bairro:
CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
OUTROS (AUTOR / AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VITIMA)

Vicente Teotônio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **JOSE AUGUSTO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE QUIXABA, 165, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

OUTROS - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2010, COR PRETA, PLACA PFC9109, CHASI 9C2KC1620AR058651, RENAVAM 257043780, VINHA DIREÇÃO LAGOA DA CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VINHA NA DIREÇÃO OPOSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EM UMA ARVORE, OCASIÃO EM QUE SOFREU DIVERSOS FERIMENTOS.

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

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%...> 1/2



03/07/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Jose Reginaldo dos Santos
JOSE REGINALDO DOS SANTOS
(VITIMA)

Vicente Teotônio do Nascimento
Vicente Teotônio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

B.O. registrado por: **VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221126-2**

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE QUIXABA
Titular: SYTHIA MABEL FIECZOCKI WANDERLEY
Telefone: (011) 99880-7385

29.246.903/0001-39
Serventia Registral e Notarial
de Quixaba
Rua José Pereira dos Anjos, 460 Centro
CEP- 55.628-000-QUIXABA PE

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: JOSÉ REGINALDO SANTOS. Dou fé EM TESTE DA VERDADE QUIXABA-PE, 03 de julho de 2018, Tabelião Público Emolumentos R\$-3,39-TSNR R\$-0,80-FERC R\$-0,40-ISS-0,20-Total R\$-4,79

Selo: 0159996.SPW03201802.00790 03/07/2018 16:03:42
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%...> 2/2



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Jose Reginaldo dos Santos</i>	CPF da Vítima <i>355.372.734-20</i>	Data do Acidente <i>20-05-2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>(81)</i> <i>9534.0574</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

concordância com a futura avaliação
COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Recife - PE, 13 de junho de 2018
Local e Data

**Jose Reginaldo dos Santos*
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Jose Reginaldo dos Santos</i>	CPF da Vítima <i>355.372.734-20</i>	Data do Acidente <i>20-05-2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) <i>(81)</i> <i>9534.0574</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

concordância com a futura avaliação
COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
13 JUN 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Recife - PE, 13 de junho de 2018
Local e Data

**Jose Reginaldo dos Santos*
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Acidente: colisão em obito p/ixo

(sem documentos)

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
NOTIFICADO

SUS		Unidade: <u>HUTEL Tricentenário</u>		Data: <u>20/05/2018</u>	
PACIENTE	Nome: <u>JOSE REGINALDO DOS SANTOS</u>				Nº da Ocorrência: <u>(323)</u>
	Residência: <u>Rua Prácido Pereira Nunes / Centro / Vixaba - PE</u>				Telefone:
RESPONSÁVEL	Nome: <u>Mãe: Maria do Socorro dos Santos</u>				Telefone:
	Residência:				
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		<u>Guia Municipal</u>	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	<u>19/11/1973</u>	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF
					DOCUMENTO DE IDENTIDADE
					NÚMERO: <u>4384744</u>
					ÓRGÃO EMISSOR: <u>SDS-PE</u>
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA	CHEGADA: <u>19:42</u>	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA	Exames Complementares	
MAX: <u>120</u>	MIN: <u>90</u>		AXILAR: <u></u>	<input checked="" type="checkbox"/> H+CO2 <input checked="" type="checkbox"/> H+CO2	
			RENAL: <u></u>	JUN 2018 PROTOCOLO AGÊNCIA	
1. Lesa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas Paciente vítima de acidente de moto com 21 anos. A - Vela aérea preta, sem color em placa sig. B - MV diminuído em HTG, com crepitação subcutânea e crepitação no costado. C - H+CO2 diferentemente estável, gradual sem crepitação, abdome em algo tenso. D - ECG: 15, 150bpm, potássio. E - Face lateral exposta em movimento, esquerda, com lesão em tórax.				Tratamento 01 SF 0,9% 1000ml EV 02 Dipirona 0,15g + AD EV 03 tamoxifeno 50mg - 0,15g + SF 0,9% 1000ml EV lento 04 Manguito de compressão	
Destino Dado ao Paciente		Impressão Diagnóstica			
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado Removido		Pneumotórax Fratura da costela do lado esquerdo Fratura da costela do lado direito Fratura da costela do lado esquerdo Fratura da costela do lado direito			
Obito às: <u>10:55:00/2018</u>		Licença Concedida			
Dia: <u>20/05/2018</u> Encaminhado ao: <u>HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO</u> <u>Dr. Manoel Virgílio Sobrinho, S.O. - CRM 01 PE 330</u> <u>Dr. Manoel Virgílio Sobrinho, S.O. - CRM 01 PE 330</u>		Assinatura: <u>Dr. Francisco Gomes</u> Carimbo: CRM / CRO CREMEPE: 0740			

HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMAR
VEN
AOT 1510

SUS	Unidade:	HRTCL Tricentenário						Data:	20/05/2018	
PACIENTE	Nome:	JOSE REGINALDO DOS SANTOS							Nº da Ocorrência	(323)
	Residência:	RUA PRACINHA RIBEIRA VIVES / CENTRO / ALEXANDRIA - PE							Telefone:	
RESPONSAVEL	Nome:	MÃE: MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS							Telefone:	
	Residência:								Telefone:	
CONDIÇÃO		PROFISSÃO		SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIDADE		
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		OUVIDA MUNICIPAL	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	11 11 1973	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF		NÚMERO 4184144	ÓRGÃO EMISSOR SDS-PE		
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO				
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> OUTROS	SAÍDA CHEGADA		CHEGADA SAÍDA 19:42		H		<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CENSO POLICIAL		
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		Exames Complementares					
MÁX.: 120	MÍN.: 90		AXILAR: 	RENAL: 	1 - COPIA JUN 2018					
História Provável de Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas					Tratamento					
<p>Paciente vítima de acidente de moto há 21 horas.</p> <p>A - Via aérea permeável, sem obstrução em particular aguda.</p> <p>B - MV diminuído em HTL, com crepitações subcutâneas e crepitações no costado.</p> <p>C - Hemodinamicamente estável, gástrico sem crepitações, abdome macio favelado.</p> <p>D - ECG: IS, 150 batimentos por minuto.</p> <p>E - Ferimento exposto na região esquerda, com hemorragia ativa e ferida.</p>					<p>01 SF 01gr. 1000ml CV</p> <p>02 Dipirona 01CA + AD CV</p> <p>03 transfusão sang - 01CA + SF 01gr. 1000ml CV lento</p> <p>04 Imobilização da coluna cervical</p> <p>Dr. Hugo L. Costa CRM 2222</p>					
Destino Dado ao Paciente					Impressão Diagnóstica					
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado					Fratura da tíbia e rádio do antebraço direito com deslocamento e fratura da clavícula direita com deslocamento e fratura da tibia e fíbula esquerda com deslocamento.					
Encaminhado					Assinatura: Dr. Francisco Gomes Cirurgião Geral e Ortopedia CREMEPE: 6740					
Removido					Licença Concedida					
Obito às 13:55 de 20/05/2018					Assinatura: Carimbo - CRM / CRO					
Dia 20/05/2018										
Encaminhado ao Hospital do Tricentenário										
Encaminhado ao Hospital do Tricentenário										

1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 26



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE REGÍNDIO DOS SANTOS

RG nº 4184744, data de expedição 11/11/1971 Órgão SDS

CPF nº 755372-734-20 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ANTÔNIO SALVADOR DE ARAÚJO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>Quixaba</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56828-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9534-0574</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Recife-PE 13/junho/2018



Assinatura do Declarante:

Jose Reginaldo dos Santos



