Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

09/07/2020

Número: **0020644-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **28/04/2020**
Valor da causa: **R$ 9.112,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE LUIZ DE LIMA (AUTOR)	**PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64417946	09/07/2020 11:43	ANEXO 1	Outros (Documento)

NOME
JOSE LUIZ DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5463579 SSP PE

CPF
032.658.424-28

DATA NASCIMENTO
29/04/1980

FILIAÇÃO
SEVERINO LUIZ DE LIMA
MARIA JOSE DA SILVA

PERMISSÃO [redacted]
ACC [redacted]
CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
05553060613

VALIDADE
28/01/2022

1ª HABILITAÇÃO
31/07/2012

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
31/01/2017

Charles Andrews Souza Alberto
Diretor Presidente

55892137761
PE077640519

PERNAMBUCO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421126420

PEDIDO PLASTIFICAR
1421126420

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Andre da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 064.693.484 / 83, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Luiz de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.658.424 / 28, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima O MESMO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.658.424 / 28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: Rua Estrada do Tip		Número: 75	Complemento:
Bairro: Muribara	Cidade: São Lourenço da Mata	Estado: PE	CEP: 54720-675
E-mail: carlosandredasilva1986@gmail.com			Tel.(DDD): (81) 9 8702-7465/ 9 82179123

Local e Data: São Lourenço da Mata 13/11/19

Carlos André da Silva

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO

IMIP

Atendimento: 1010736 **Senha da Classificação:** 0219
Data e Hora: 23/04/2019 20:52 **Especialidade:**

Paciente: 311858 JOSE LUIZ DE LIMA **Sexo:** MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 29/04/1980 **Idade:** 38 anos **Convenio:** 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe:: MARIA JOSE DA SILVA **Nome do Pai:**
Estado Civil: SOLTEIRO **Nome do Médico:** PLANTONISTA UPA - CLINICO **CRM:** 4589
Endereço: NAO SABE INFORMA -- **Bairro:** PLANALTO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE **Cep:** 53550594 **Usuário Atendimento:** ELAINECAL
RG (Identidade): **Data de Emissão:**
CPF (Cadastro de Pessoa Fisica): **Fone:**86803218
CRN(Certidão de Registro de Nasc): **Data de Emissão CRN:**

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:_____ Altura:_____ Temperatura:_____ Hora: 21h

Queixa Principal

Pct trazido pelo SAMU com histórico de Colisão moto - carro em trauma em Abdome e Sangramento uretral
Negado

Exame Fisico

BEG Consciente, orientado, eupneico, afebril, acianótico
Anicterico ACV + BNF s/RA
Abd: MVE + RHA + sem Abd: Dor em BV + Equimose em Hemitórax E

Hipotese Diagnostico

Trauma abdominal fechado c/ Hematoma - lesão uretral? lesão em baço

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

Dipirona 1g + Metoclopramida 2ml
SNS 500ml EV

Tatiana M. de Souza
Tec. Enfermagem
COREN-PE 324.245

Destino: ( ) **Encaminhado ao Ambulatorio** ( ) **Residência**
Transferido:
Para: HOF - CG + Uro **Senha:** SE 68583

Dr. Antonio Cabral
Urologia
CRM-PE 4589
Carimbo/Médico

Seguir com SAMU

Usuario Triagem:

1010736

'A 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP**

Data e hora retirada da senha: 23/04/2019 20:35

Nome Paciente: JOSE LUIZ DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/04/1980
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0219
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 23/04/2019 20:45 - 23/04/2019 20:47
JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**
Cor: [redacted] VERMELHO
Queixa Principal: PCTE TRAZIDO PELO SAMU CAMARAGIBE, OCORRENCIA 6618978 COM RELATO DE DOR EM MSE, EM REGIÃO PELVICA E MID APOS ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA 01H
Observação: ALERGIA -
DM -
HAS -
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSIVEL
Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 85.00 BPM
- HGT: 95.00 MG
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SAO2: 99.00 O2

Acolhido(a) por: JANETE DE NAZARÉ OLIVEIRA - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/04/2019 20:47

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 23/04/2019 21:40
Prontuário: 1085202
Nº. Atendimento: 3324533
Serviço: UROLOGIA
Enfermaria/Leito:
Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Nome:
JOSE LUIZ DE LIMA
Idade:
38 Anos 11 Meses 25 Dias
Nasc.
29/04/1980
Sexo:
MASCULINO
CNS:
898001087405752
Contatos:
81. | Celular: 81.
Mãe:
MARIA JOSE DA SILVA
Endereço:
RUA DOUTOR OLAVO GOMES PINTO , N.º 0 - ; BAIRRO: CENTRO - CIDADE: SAO LOURENCO - UF: MG

Admissão

Queixa Principal

COLISÃO MOTO-ÔNIBUS HÁ 3H

História Clínica

MOTOCICLISTA VITIMA DE COLISÃO COM ÔNIBUS, HÁ 3 HORAS. RELATA QUE NÃO TEVE PERDA DA CONSCIENCIA E REFERE DOR EM REGIÃO TESTICULAR

Exame Físico

BGB, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, ORIENTADO
A: COM COLAR CERVICAL E VIAS AEREAS PERVIAS
B: MV+ EM AHT, S/RA
C RCR EM 2T BNF S/S FC=100 S02= 98%
D: PUPILAS REATIVAS, FOTORREAGENTES, SEM DEFICIT MOTOR
E: ESCORIAÇÕES E PRESENÇA DE SANGRAMENTO URETRAL

ABD: GLOBOSO, COMPRESSIVEL INDOLOR, OD NEG
GENITALIA: PRESENÇA DE DOR A PALPALÇÃO DE PENIS E TESTICULO, PRESENÇA DE SANGRAMENTO URETRAL E EDEMA E HIPEREMIA TESTICULAR.

Observações

Conduta

CD: SOLICITO RXs
SOLICITO AVALIAÇÃO DA UROLOGIA

Dra. [illegible]
Médica
CRM-PE [illegible]

PAULO DA COSTA CARVALHO NETO - CRM: Nº.18322

22:45L Cirurgia Geral
RX tórax, pelve e cervical sem alterações significativas
CD. Retirar colar cervical.
Alta de Cirurgia Geral
À urologia

Rafael Levy de Andrade
Médico
CRM-PE 26692

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3324533 **Prontuário:** 1085202

Nome JOSE LUIZ DE LIMA **Nome Social:**
Data Nasc.: 29/04/1980 **Idade:** 38 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:**
Endereço: RUA DOUTOR OLAVO GOMES PINTO **Nº:** 0
Bairro: CENTRO **Cidade:** SAO LOURENCO **Estado:** MG
CEP: 37470970 **Fone:** 5581 **Celular:**
Acompanhante: **Profissão:**
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
Nome do Conjuge:
Clínica: UROLOGIA

2 - ATENDIMENTO **Data:** 23/04/2019 21:48 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico: **PA:**____ **FC:**____ **FR:**____

Diag. Provisório:

Prescrição: **Dieta:**____

Data		Horário
	HOF Realizado carimbo/assinatura Crucoff Reg	em / / Hora
25/04/19 16:53	Paciente com EGR, consciente, orientado, eupneico, anúrico, hidratado, SVP em NSD em venóclise, com dieta branda apresentando sangramento no pós-op! Segue em tratamento.	Jandir E. Alencar Enfermeiro COREN

1 de 2

29.04.19

Pernambuco

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

GUIA DE TRIAGEM E ENCAMINHAMENTO

NOME: José Luiz de Lima IDADE: 38 anos

REGISTRO: DATA: 23/04/19

HDA: PCT vítima de Colisão moto - Como Con trauma em abdome e pelve, veio trazido pelo SAMU com dor em BV e Hematúria

EX. FISICO: B.E.G.R.A, consciente, orientado, eupneico, acianótico, AR: NDV PA: 140x80 SpO2: 100%
ABD: Dor em BV + Equimose local + Hematúria

EX. COMPLEMENTARES: Pelve s/ sinais de fratura ou luxação
Glasgow 15
RX ABDOME em Anexo
RX Bacia

HIPÓTESES DIAGNOSTICAS

1. Trauma Abdominal fechado c/ Hematúria
2. - Lesão Uretral?
3. - Lesão em Bexiga?

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO

SRL 500 ml + Dipirona

SENHA: 5668983 DESTINO: HOF - CG + URO

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NAO(X)

JUSTIFICATIVA:

HORA DA SOLICITAÇÃO: 21h ENFERMEIRO:

HORA DA SAIDA: MÉDICO:

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO:

Paciente: 1085202 - JOSE LUIZ DE LIMA
Idade: 38 Anos 11 Meses 29 Dias

Data de Nascimento: 29/04/1980
Prestador Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS
Conselho / Número Cons.: CRM - null - 12345
Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3324568 Leito: CORREDOR-28-S Admissão: 24/04/2019 06:19
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 503839 (FECHADO)

Responsável: EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E SILVA - CRM 61044
Data de Referência: 27/04/2019
Data/Hora do Documento: 27/04/2019 10:32

RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DA CABEÇA DA FÍBULA SEM DESVIO

CD: GESSO JOELHEIRA
ALTA DA ORTOPEDIA - ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Dr. Eduardo Caracciolo
Medicina/Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM - PE 12345
TEOT / SBCC 14143

EDUARDO DE ALMEIDA CARACIOLO E
CRM 61044

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
2- CNES: 426
3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
4- CNES: 426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE: JOSE LUIZ DE LIMA
6- Nº DO PRONTUÁRIO: 1085202
7- (CNS): 898001087405752
8- DATA DE NASCIMENTO: 29/04/1980
9- SEXO: MASCULINO
11- NOME DA MÃE DO PACIENTE: MARIA JOSE DA SILVA
12- TELEFONE DE CONTATO: 81. 35356462 | Celular: 81.
13- NOME DO RESPONSÁVEL:
14- TELEFONE DE CONTATO:
15- ENDEREÇO DO PACIENTE: AV DR OLAVO G PINTO , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: SAO LOURENCO - UF: MG

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
trauma moto- ônibus , com sangramento uretral

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
clínica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL: ABDOME AGUDO - R100
21- CID 10 SECUNDÁRIO:
22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) - 0204050138

26- CLÍNICA: CLINICA GERAL
27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGENCIA E EMERGENCIA
29 - CPF ou CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTEPRESTADOR): 05569823476 CAMILA MARANHAO PASSO LIRA - CRM: Nº.26184
31- DATA DA SOLICITAÇÃO: 23/04/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO
36- CNPJ DA SEGURADORA
37- Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
49- CNPJ EMPRESA
40- CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA
○ EMPREGADO ○ EMPREGADOR ○ AUTÔNOMO ○ DESEMPREGADO ○ APOSENTADO ○ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - COD ORGAO EMISSOR
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO ___/___/___
48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR

CNS: 898001087405752 Pedido: 319250 Dt.Ped.: 25/04/2019
Nome: JOSE LUIZ DE LIMA
Nome Social:
Nasc.: 28/04/1980 IDADE: 38 Atend: 3324569 Prontuario: 1085202
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
End: RUA DOUTOR OLAVO GOMES PINTO Nº: 0
Bairro: CENTRO CEP: 37470970
Fone: 35813535649 Cidade: SAO LOURENCO UF: MG
Exame: ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL

...IA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

USG ESCROTAL

1. Testículos direito tópicos, de forma e volume normais, textura acústica homogênia, com fluxo ao doppler colorido.

TD = 4,0 x 1,9 x 2,9 cm
TE = 4,8 x 2,5 x 2,4 cm

2. Epididimo direito ecograficamente normais.

3. Ausência de hidrocele.

4. Não identificamos imagem de varicocele.

Hipótese diagnostica

~~1. O exame ecográfico da bolsa escrotal sem alterações~~
Epididimo esquerdo aumentado e de textura heterogênea
Testículo esquerdo globoso
com textura heterogênea
apresentando contornos irregulares
e áreas hipoecóicas de permeio,
porém com fluxo ao doppler colorido,
Presença de líquido em hemibolsa
escrotal esquerda (Hidrocele). com áreas
hipoecóicas amorfas no seu interior
~~oltado~~ (Hematoma).

Dr. Rafael Nascimento
Médico Radiologista
CRM-PE 12.756

LUIZACRED

Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.

FAC

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA
CORREIOS

CTC RECIFE PE PLS

CARLOS ANDRE DA SILVA
1 TV ESTRADA DO TIP 75
MURIBARA
54720-674 SAO LOURENCO DA - PE

Data de Postagem: 04/10/2019
Data de Vencimento: 17/10/2019
Data de Fechamento (emissão): 03/10/2019
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 03/11/2019

PREFEITURA DE CAMARAGIBE

SAMU 192

PREFEITURA DE CAMARAGIBE
SECRETARIA DE SAUDE
SAMU 192 – BASE DE CAMARAGIBE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o paciente, José Luiz de Lima, RG: 5.463.579 SSP-PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 – Base Camaragibe, no dia 23/04/2019, vítima de colisão moto x ônibus, no bairro Tiúma, no Município São Lourenço – PE, em seguida foi removido para Upa de São Lourenço e redirecionado para o Hospital Otavio de Freitas, e gerada a ocorrência de Nº S. 618.978.

Camaragibe, 23 de maio de 2019

Glenda Sheila
Enfermeira
COREN 399100

Glenda Sheila de Melo
ENFERMEIRA
Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192
Base Descontralizada Camaragibe

Sociedade de Energia Elétrica Criada pela Lei 15.806 de 26/04/52

CELPE

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-900
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0500943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ANDREA MARIA DA SILVA

CPF 065.195.434-58 NIS 16094995891

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
BANDEIRA COPIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DOS DE ... NAS 435 - A

SAO JOAO SAO PAULO SAO LOURENCO DA
SAO LOURENCO DA MATA PE
54700-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7004150710	08/2019

DATA DE VENCIMENTO	MÊS/ANO DA PRÓXIMA LEITURA
16/08/2019	10/09/2019

TOTAL A PAGAR (R$): 54,17

Nº NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
07399981	ÚNICA	08/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/08/2019	3010912716	6236144

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	[illegible]	0,79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	[illegible]	22,94
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	18,0000000	[illegible]	8,95
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,75
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,84
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,98
Multa por atraso NF 08880018 - 10/07/19			0,74
Juros por atraso NF 08880018 - 10/07/19			0,26
Atualização IGPM NF 08880018 - 10/07/19			0,08

TOTAL DA FATURA 54,17

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	[illegible]	100%

TARIFA APLICADA

[illegible]

ASSINADO DIGITALMENTE
[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO TARIFÁRIO	VALOR APURADO (HORAS)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIC		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DMIC		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

LINEA DOR 1223 [illegible]

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	203	231

AUTORIZADO ESTABELECIMENTO COMERCIAL ESPECIAL
[illegible]

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

Nº / ANO
L-710/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Polícia Militar de Pernambuco – SSTA – Batalhão de Polícia Rodoviária

VIRGINIA CAMPELO RUFINO
CB PM - MAT. 394847-8
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO	X	SEM ANEXO	

Municipio	SÃO LOURENÇO DA MATA		Rodovia	PE-005	Km	
Ponto de Referência	EM FRENTE A TIUMA PAES				Data	23/04/19
Dia da Semana	TERÇA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	19:30	Hora/Cheg./Pr		22:10

II - TIPO DE ACIDENTE

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

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA		COM VITIMA	X	MORTOS			FERIDOS		
Nº/VEIC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE				IDENT.	02	NÃO IDENT		TOTAL	02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

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

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

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

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA – V1/V2		COMPORTAMENTO - V1/V2	
Realizado no Local		Permaneceu no local	V1
Enc. Para Exame		Socorrido	V2

VIII – VEÍCULOS

QUANTO À TRAÇÃO – V1/V2		ESPÉCIE – V1/V2		CATEGORIA – V1/V2	
Automotor	V1/V2	Passageiro	V1/V2	Oficial	
De Propulsão Humana		Carga		Particular	V2
De tração animal		Tração		Aluguel	V1

IX – IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEÍCULO – 01

Marca	AGRALE	Modelo	MPOLO	Ano	2010	Renavam	303519070	Placa	PFM-4463
Município	CABO DE STO AGOSTINHO		Nº do Chassis	9BYCSZA1ABC000306			Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado		Apreendido				Liberado	X	Evadiu – se	
Proprietário	JOSÉ JAMACI DA SILVA								
Residência	AV. SENADOR ERMILIO DE MORAIS, 104						Bairro	SÃO FRANCISCO	
Município	CABO DE STO AGOSTINHO	Rg		Org. Exp.			CPF	792.647.784-20	
Condutor	EDSON BARBOSA DA SILVA								
Residência	RUA FREI DAMIÃO, 06						Bairro	TIUMA	
Município	SÃO LOURENÇO DA MATA	Rg	7796580	Org. Exp.	SDS-PE		CPF	090.488.264-03	
CNH/Pront./ Nº	04365891766	Categoria	AD	Validade			26/08/2019	Hora/Dir.	

VEÍCULO – 02

Marca	HONDA	Modelo	NXR 160	Ano	2016	Renavam	1102637650	Placa	PDZ-2791
Município	ABREU E LIMA		Nº do Chassis				Veículo de Carga nº de Eixo		
Carregado		Apreendido				Liberado	X	Evadiu – se	
Proprietário	ADEILDO JOSE DE SANTANA								
Residência							Bairro		
Município		Rg		Org. Exp.			CPF		
Condutor	JOSE LUIZ DE LIMA								
Residência							Bairro		
Município	ABREU E LIMA	Rg	5463579	Org. Exp.	SSP-PE		CPF	032.658.424-28	
CNH/Pront./ Nº	05553060612	Categoria	AB	Validade			28/01/2022	Hora/Dir.	

TESTEMUNHA – 01

Nome									
Residência				Idade		Sexo		Profissão	
Município		U.F.		Bairro					
		Rg			Org. Exp.		CPF		

TESTEMUNHA – 02

Nome									
Residência				Idade		Sexo		Profissão	
Município		U.F.		Bairro					
		Rg			Org. Exp.		CPF		

VÍTIMA – 01

Nome	JOSE LUIZ DE LIMA			Natureza dos Ferimentos	Leve	X	Graves		Mortais
Estado Civil		Idade			Motorista	X	Passageiro		Pedestre
Profissão		Residência		Sexo	MASC		Nacionalidade		Naturalidade
Município	ABREU E LIMA	UF	PE	Rg		Org.Exp.		Bairro	CAETES II
Socorrido	UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA E POSTERIORMENTE AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS						Município	CPF	
Dados Fornecidos Por	SEVERINO LUIZ DE LIMA FILHO								
Residência	RUA ENGENHEIRO SALES ZAICANE, 246							Bairro	IPUTINGA
Município	RECIFE	UF	PE	Rg	5463608	Org Exp.	SSP-PE	CPF	025.904.374-55

VÍTIMA – 02

Nome				Natureza dos Ferimentos	Leve		Graves		Mortais
Estado Civil		Idade			Motorista		Passageiro		Pedestre
Profissão		Residência		Sexo			Nacionalidade		Naturalidade
Município		UF		Rg		Org Exp.		Bairro	
Socorrido							Município	CPF	
Dados Fornecidos Por									
Residência									
Município		UF		Rg		Org Exp.		Bairro	
								CPF	

Polícia Militar de Pernambuco – SSTA – Batalhão de Polícia Rodoviária

VENEZIA CARNEIRO BUENO
CB PM – MAT. 3043417-8
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

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

XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01	VEÍCULO – 02
EM ANEXO	**EM ANEXO**

XVI – DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Policia Militar		Particular		Não Efetuado		
2. Comunicado à Delegacia de						Hora	
Nome do Recebedor da Ocorrência						Matricula	
XVII – Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SD	Matrícula	115416-8		NOME	GONZAGA NETO
XVIII – Digitador da SSTA	CB PM VIRGINIA RUFINO			Of. Chefe da SSTA		TEN PM M. FERREIRA	

CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 06 / 05 / 19

ASS: Virginia Rufino

Virginia C. Rufino
CB PM - Mat. 1047

Polícia Militar de Pernambuco
SSTA
Batalhão de Polícia Rodoviária

IV – SIMBOLOGIA

Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas

Ônibus, Caminhão ou Trator -

Trem –

Veículo de 2 ou 3 Rodas -

Pedestre

Animal -

Objeto Fixo

Incêndio -

Marcha à frente -

Marcha à Ré -

Derrapagem -

Capotamento ou Tombamento -

Local da colisão -

Depois da Colisão -

XIII – CROQUI

EM ANEXO

Polícia Militar de Pernambuco
SSTA
Batalhão de Polícia Rodoviária

VERONICA CARNEIRO RUFINO
CB PM - MAT. 2042417-8
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PMPE - DGO - CPE - BPRv
Batalhão Cel. Manoel de Souza Neto

XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

	v1	v2	
Dirigir S/ CNH (Art. 162, I, CTB)			Deixar de prestar inform. S/ (Art. 176, V, CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Port obrig (Art. 232 CTB)			Desob. Ordem do Agente Trans (Art 195 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Porte obrig. (Art. 232 CTB)			Conduzir veic. c/ Iacre violado (Art. 230, I CTB)
Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)			Conduzir veic. s/ placa (Art. 230, IV, CTB)
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)			Conduzir veic. c/ placa ileg. (Art. 230 VI, CTB)
Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB)			Conduzir veic. Alter. Dr caract. (Art. 230, VII, CTB)
Deixar de prestar ou local de acid. (Art. 176 III CTB)			Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
Deixar de remover veic. Qdo Determ (Art. 176, IV CTB)			Outras:

XIII - CHOQUE

Os veículos foram removidos do local pelo Corpo de Bombeiros que quando chegou a vítima morreu, por isso foi não foi acionado o rocagem.

XIV – SIMBOLOGIA

- Automóvel e outro veículos de 4 rodas
- Ônibus, Caminhão e Trator
- Trem
- Veículo de 2 ou 3 Rodas
- Pedestre
- Animal
- Objeto Fixo
- Incêndio
- Marcha à Frente
- Marcha à Ré
- Derrapagem
- Capotamento ou Tombamento
- Local da Colisão
- Depois da colisão

XV – AVARIAS APARENTES 98689437 6 IRMÃ

VEÍCULO – 1

Quebrou o para brisa, Amassou o para choque, Quebrou a grade frontal, 2 Base de lanterna do para brisa dianteira esquerda

82 98707-8565

Isabel Barbosa de Souza

VEÍCULO – 02 Sem motocicleta, Pneu empenou e disco de freio dianteiro, empenou a roda Amassou o Tanque, quebrou o mata cachorro do lado esquerdo, quebrou a maçaneta do freio empenou o guidom, quebrou o farolete dianteiro esquerdo, quebrou a aba dianteira esquerda do Tanque, a pedaleira traseira, o retrovisor, o Farol, 2 Varios Arranhões

XVI – DADOS NESCESSÁRIOS

1 – Reboque efetuado: Polícia Militar Particular Não efetuado

2 – Comunicado à Delegacia de: Hora:

Nome do recebedor da ocorrência: Matricula:

XVII – RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRICULA.	NOME: Gonçalves Neto
	SD	115416-8	ASS.:

XVIII – Datilógrafo SSTA: Of. Chefe SSTA:

BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº L-730 / 2014).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE: DADOS COMPLEMENTARES:

A vítima foi socorrida por uma equipe do Corpo de Bombeiros para a UPA de São Lourenço. Posteriormente foi encaminhada ao Hospital Otávio de Freitas, conforme foi repassado a esta agente pelo Sd. Severino Luiz de Lima Filho RG: 5463608 SSP-PE, que se dirigiu à cena do sinistro.

A motocicleta foi entregue ao proprietário, irmão da vítima e o VI ficou a cargo do Sd. Salvador de Medeiros da Silva. RG: 6630882 SDS-PE, responsável legal pelos pertences.

O local ficou demonstrado pois a motocicleta após o sinistro ficou próxima da vítima, sendo necessária sua retirada para o resgate sendo pelo Corpo de Bombeiros.

Ambos os envolvidos foram ouvidos sobre os procedimentos que são adotados por ocasião. Foi identificado por uma agente de fiscalização no interior do ônibus, porém não foi possível verificar alguma fiscalização do veículo.

Severino Luiz – Responsável 1: Severino Luiz de Lima Filho

Salvador de Medeiros – Responsável 2:

Sd PM Jorge Neto 173476-8 Guarda da Legislação de SSTA

Veículo: _____

Nome do Condutor: _____ **CPF:** _____

RG: _____ **Órgão Expedidor:** _____ **Data:** ___/___/___ **Hora:** ___:___:___

Placa do Veículo: _____

Assinatura: _____

Observação:

1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma leg

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

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº L-730 / 2019).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

EU. EDSON BARBOSA DA SILVA
MOTORISTA ESTAVA PARADOR
ESPERANDO UM ONIBUS. DE MATAIS
DALUIS PASSA QUANDO VEIO
UM MOTOQUEIRO EM MINHA
DERAÇÃO BATEU EMIM

MICRO ONIBUS AGHALE MOCOS. POLO

Virgínia C. Rufino
CB PM - Mat. 1929175

****

Veiculo: Agrale 1 MPolo
Nome do Condutor: Edson Barbosa da Silva
RG: 7796.SB.0 **Orgão Expedidor:** _____ **CPF:** 090.488.264-03
Placa do Veiculo: PFN4463 AGHALE **Data:** 23/04/19 **Hora:** 19 : 30 :

Assinatura: _____

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	032.658.424-28	Jose Luiz de Lima

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo:			CPF:
Jose Luiz de Lima			032.658.424-28
Profissão: RECUSO INFORMAR	Endereço: Rua Duque de Caxias	Número: 435-A	Complemento: Casa
Bairro: São João São Paulo	Cidade: São Lourenço da Mata	Estado: PE	CEP: 54705-210
E-mail:			Tel.(DDD): (81) 9 8702-7465-9 8217-9123

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

RENDA MENSAL:

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

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 1903 8 (Informar o dígito se existir) CONTA: 34202 5 (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário de direito

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190636531
Nome do(a) Examinado(a): Jose Luiz de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Duque de Caxias, 435 Asao Joao Sao Paulo
Sao LourenCo Sao Lourenco da Mata PE CEP: 54705-210
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5463579
Data local do acidente: [23/04/2019]
Data local do exame: [25/11/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

CONTUSAO DE TESTICULO ESQUERDO COM HEMATOMA E FRATURA SEM DESVIO DA CABEÇA DA FIBULA DO JOELHO DIREITO.

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇAO GESSADA E FISIOTERAPIA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: 30/04/2019

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

FUNÇAO EXCRETORIA E SEXUAL PRESERVADA. LIMITAÇAO RESIDUAL DA FLEXAO DO JOELHO DIREITO (REDUZIDA EM < 10 GRAUS). MARCHA PRESERVADA.

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

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não

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

DEFICT FUNCIONAL RESIDUAL DO JOELHO DIREITO.

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

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: **(X) 10% residual**( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

SEM SEQUELA DA LESAO TESTICULAR

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

DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	032.658.424-28	Jose Luiz de Lima

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo:			CPF:
Jose Luiz de Lima			032.658.424-28
Profissão: RECUSO INFORMAR	Endereço: Rua Duque de Caxias	Número: 435-A	Complemento: Casa
Bairro: São João São Paulo	Cidade: São Lourenço da Mata	Estado: PE	CEP: 54705-210
E-mail:			Tel.(DDD): (81) 9 8702-7465-9 8217-9123

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

RENDA MENSAL:

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

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 1903 8 (Informar o dígito se existir) CONTA: 34202 5 (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário de incapacidade

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018

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 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636531 **Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA**

Data do Acidente: 23/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LUIZ DE LIMA

Pag. 01881/01882 - carta_15R - INVALIDEZ

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R$ 337,50

00020941

Recebedor: **JOSE LUIZ DE LIMA**
Valor: **R$ 337,50**
Banco: **237**
Agência: **000001903-8**
Conta: **0000034202-5**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636531 **Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA**

Data do Acidente: 23/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LUIZ DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01095/01096 - carta_01 - INVALIDEZ

00020548

Carta nº 15107372

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUIZ DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01903-8

CONTA: 000000034202-5

Nr. Autenticação
BRADESCO0312201905000000000002370190300000003420233750 PAGO

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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636531 **Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA**

Data do Acidente: 23/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE LUIZ DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01797/01798 - carta_02 - INVALIDEZ

00050899

Carta nº 15137258

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398659/19

Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA **Data do acidente:** 23/04/2019

CPF: 032.658.424-28 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JOSE LUIZ DE LIMA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CARLOS ANDRE DA SILVA : 064.693.484-83

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE LUIZ DE LIMA : 032.658.424-28

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 13/11/2019	Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: CARLOS ANDRE DA SILVA	Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 064.693.484-83	CPF: 115.938.994-24
CARLOS ANDRE DA SILVA	Steffany Caroliny Lins Veloso

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Jose Luiz de Lima	
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado civil: Solteiro
Profissão:	Recuso Informar	
Identidade:	5.463.579	CPF: 032.658.424-28
Endereço:	Rua Duque de Caxias Nº435-A São João São Paulo São Lourenço da Mata -PE	

OUTORGADO:

Nome:	Carlos Andre da Silva	
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado civil: Solteiro
Profissão:	Recuso Informar	
Identidade:	7.429.008	CPF: 064.693.484.83
Endereço:	Rua Estrada do Tip Nº75 Muribara São Lourenço da Mata - PE	

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT.

São Lourenço da Mata 11 - 11 - 2019

LOCAL E DATA

José Luiz de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Dos de Janeiro, 368 - Centro
(81) 3519-8217 - serventiamotarial@gmail.com
Reconhece por AUTENTICIDADE a(s) Firma(s) de: (1)Jose Luiz de Lima - São Lourenço da Mata, 11/11/2019, 08:35. DOU FÉ. Cleara Graciela Ramos Ribeiro - escrevente autorizada. No Cartorio: R$ 3.39 - TJPE: R$ 0.60 - FERC: R$ 0.40 - FERM: R$ 0.04 - FUNSEG: R$ 0.08 - ISS: R$ 0.20 - Total: R$ 4.91. Selo(s): 0159483.GJX11281901.00233

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636531 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUIZ DE LIMA **Data do acidente:** 23/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSAO DE TESTICULO ESQUERDO COM HEMATOMA E FRATURA SEM DESVIO DA CABEÇA DA FIBULA DO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: FUNÇAO EXCRETORIA E SEXUAL PRESERVADA. LIMITAÇAO RESIDUAL DA FLEXAO DO JOELHO DIREITO (REDUZIDA EM < 10 GRAUS). MARCHA PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇAO TOTAL DA FRATURA COM BOM ALINHAMENTO ANATOMICO. RECUPERAÇAO ANATOMICA E FUNCIONAL COMPLETA DA LESAO TESTICULAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELA DA LESAO TESTICULAR

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R$ 337,50
		Total	**2,5 %**	**R$ 337,50**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 014800861639
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCÍCIO
1	1102637550	**********	2019

NOME
ADEILDO JOSÉ DE SANTANA

ABREU E LIMA-PE 0

CPF / CGC	PLACA
056.639.774-90	PDS2791

PLACA ANT./UF	CHASSI
******* /PE	9C2KC0810KR405622

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESDD	2018	2019

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/162CL	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1ª *******
		2ª *******
		3ª *******

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS
1	**********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.68	07/02/19

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BV FINANCEIRA SA C F I

DOCUMENTO ORIGINAL
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: ABREU E LIMA
DATA: 13/03/19

Roberto Carlos Moreira Fontella
DIRETOR PRES.

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARLOS ANDRE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
7429008 SDS PE

CPF
064.693.484-83

DATA NASCIMENTO
13/06/1984

FILIAÇÃO
SEVERINO CARLOS DA SILVA
LUIZA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO

RG

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03545425511

VALIDADE
03/06/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/03/2005

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
03/06/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

45584380486
PE070073040

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1298981779

PROIBIDO PLASTIFICAR
1298981779