



Número: **0022444-92.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FABIANO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65537 034	30/07/2020 15:38	ANEXO 1	Outros (Documento)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.637.993 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2016

NOME << JOSÉ FABIANO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO INÁCIO DA SILVA >>
<< CECÍLIA MARIA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE PASSIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 08/04/1983

DOC. ORIGEM << 075721 01 55 2011 2 00006 477 >>
0002562 49 PASSIRA - PE

CPF 052.439.354-09

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 28/06/83
41628449/102110318.6781539 F-20 26.000 - 4323

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

CARTÃO DE IDENTIDADE

ESTADO DE PERNAMBUCO - E 09 R 26
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

JOSE FABIANO DA SILVA



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para evitar futuros desastres.

Tome o acidente com uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, assimile logo o socorro médico adequado.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenção às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho pedindo a acidentes por desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, luvas, capacetes e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas em devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou substituí-la.

Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes: use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número 26538 Série 00058

Érica de Menezes Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.
Recife - PE



Nome: Erica de Menezes Silva
 Loc. Nasc. Caraguatatuba Est. SP Data 02.09.1983
 Filiação Luiz Serrano da Silva e Josécláudio
Altagracia de Menezes
 Doc. Nº R. 6. 34.415-0152-2 SSP/SP

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 23.07.2008 SRTE AG DO TRABALHO
Edvanilson Rodrigues de Souza
Assinatura do Funcionário
Edvanilson ROD. G. Souza
Mat: 1704-J

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Nome

Doc

Nome

Doc

Nome

Doc

Est. Civil

Doc

Est. Civil

Doc

Nascimento

Doc



02/12/2017

Receita Federal do Brasil

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **057.822.294-97**

Nome: **ERICA DE MENEZES SILVA**

Data Nascimento: **02/09/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **27/01/2003**

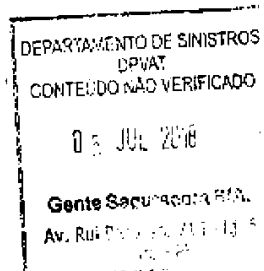
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:24:21** do dia **02/12/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **964E.A34D.FE56.C93A**



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.637.993 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/2016

NOME << JOSÉ FABIANO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO INÁCIO DA SILVA >>
<< CECÍLIA MARIA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE PASSIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 08/04/1983

DOC. ORIGIN: << 075721 01 55 2011 2 00006 477 >>
0002562 49 PASSIRA - PE

CPF 052.439.354-09

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

416284491102110318.6781539 F-20 26.000 - 4323

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUL 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

CARTÃO DE IDENTIDADE

ESTADO DE PERNAMBUCO - E 09 R 26

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

JOSE FABIANO DA SILVA



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para evitar maiores desgraças.

Tudo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, assimile seriamente depois.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenção às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho pedindo a acidentes por desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas em devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou substituí-la. Habilitar-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Usar equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número

26538

Série

00058

Érica de Menezes Silva

ASSINATURA DO PORTADOR



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUL 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.
Recife - PE

Nome Erica de Menezes Silva
 Loc. Nasc. Caruaru Est. PE Data 02.09.1983
 Filiação Wladimir da Silva e Josecláide
Antônio de Menezes
 Doc. Nº 1.634.452-2 SSP/SP

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 23.07.2008 SRTE A.G. DO TRABALHO
Edvanilson Rodrigues de Souza
Assinatura do Funcionário
Edvanilson RODRIGUES de Souza
Mat: 1704.3

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Notes

Doc

Name _____

De

Nome

Doc

.....

Nasci

•••••

• • • • •

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

C. 39L 2918

Genie Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa 715 - L. 5
Belo Horizonte



02/12/2017

Receita Federal do Brasil

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **057.822.294-97**

Nome: **ERICA DE MENEZES SILVA**

Data Nascimento: **02/09/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **27/01/2003**

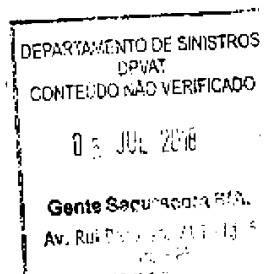
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:24:21** do dia **02/12/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **964E.A34D.FE56.C93A**



Aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

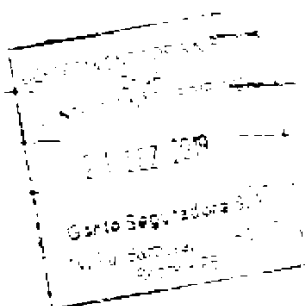


EU JOSE FABIANO DA SILVA, VENDO
POR MEIO, DESTA ENFORMAR QUE
ESTOU COM SEQUELAS IRREVERSÍVEL
EM QUE MIN ENCONTRE, SEQUE LALDO
COM SEQUELAS QUE FIQUEI, FICO NO
AGUARDO DA MARCACAÇÃO DA MINHA
PERICIA DESDE JA ABRADERO

(081) 99365-3298

JOSE FABIANO DA SILVA

(081) 99365-3298



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180602224

Cidade: Amaraji

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

Data do acidente: 06/04/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM FÊMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180602224

Cidade: Amaraji

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

Data do acidente: 06/04/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR(P.1)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

NOME: José Fabiano da Silva

RG: 6, G37, 993 SDS/PE

CPF: 052.439.35 Est. Civil: Caspab

Endereço: R. João Frederico de Oliveira 16
Cidade: Curitiba

Cidade: Olinda grande, CEP: 55636-000

Profissão : Agricultor

BAIRRO: Centro

PROCURADOR:

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 3.641.5052-X SSP/SP

CPF: 057.822.294-97

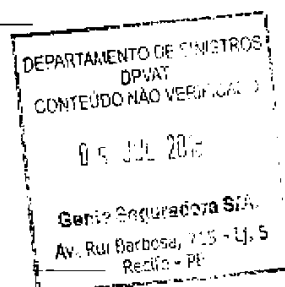
Endereço: RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO N 194, BAIRRO: CENTRO, CEP 55.640-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A QUALQUER SEGURADORA PERTENCENTE AO CONSORCIO DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da SEGURADORA LIDER, (correios, síncor (S) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório / DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento credito indenização de sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assina, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Jose Fabiano da Silva

Chirande 25/06/2018

Local c data



x José Fabiano da Silva
Assinatura do Beneficiário/vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE - J. Carlos Coutinho - Ofício de Registro Civil e Tabelião
R. João Augusto de Almeida, 118 - Centro - Chã Grande - PI - CEP: 63500-000 - Tel: (33) 3311-5636 - Email: ccg@ccgpi.com.br
"Reconhecimento e Autenticidade de firma" indicada de:
JOSE FABIANO DA SILVA
que contém o padrão reg. neste venha a:
Doutor João Carlos Coutinho Substituto Chã
Grande, 21/08/2013 em face _____ da Verdade.
Total R\$ 9,90 LAURA CUNHA ELIS (OHC A)
valendo somente com o selo 007436C2_XL0620-80_00481

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

NOME: José Fabrício da Silva

RG: 6, G37, 993 SDS/PE

CPF: 052.439.3 Est. Civil: Caspab

Endereço: R. João Freire de Oliveira 16
Cidade: São Paulo

Cidade: Olinda grande, CEP: 55636-000

Profissão : Agricultor

BAIRRO: Centro

PROCURADOR:

Nome: ERICA DE MENEZES SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Identidade: 3.641.5052-X SSP/SP

CPF: 057.822.294-97

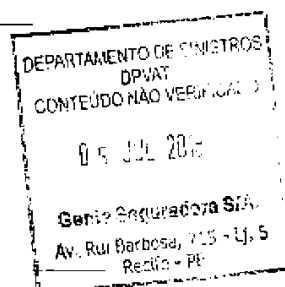
Endereço: RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO N 194, BAIRRO: CENTRO, CEP 55.640-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A QUALQUER SEGURADORA PERTENCENTE AO CONSORCIO DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da SEGURADORA LIDER, (correios, síncor (S) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório / DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento credito indenização de sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assina, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Jose Fabiano da Silva

Uitbreide 25/06/2018

Local e data



x José Fabiano da Silva
Assinatura do Beneficiário/vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

REGISTRO CIVIL DE CHÃ GRANDE - Iguaraçu, Santa Rosa - Ofício de Registro Civil e Tabelião de Notas
R. João Augusto de Almeida, 118 - Centro - Chã Grande - PI - CEP: 87500-000 - Tel: (61) 3311-5638 - Email: registrocivil@chãgrande.pi.gov.br

Reconhecimento de Autenticidade de firma - Inditada de

JOSE FABIANO DA SILVA

que contém o padrão reg. neste venha a

Dou fe João Augusto de Almeida Substituto Chã Grande, 21/08/2018 em face _____ da Verdade.

Total R\$ 9,90 LAURA CUNHA ELIS (OHC A)

valido somente com o selo 007436C2_XL0620-80_00481

Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

NOME: Jose Fabiano da Silva
RG: 6.637.993 SDS/PE
CPF: 052.439.3 Est. Civil: casado
Endereço: R. José Félix de Oliveira 16
Cidade: Chã Grande CEP: 55636-000

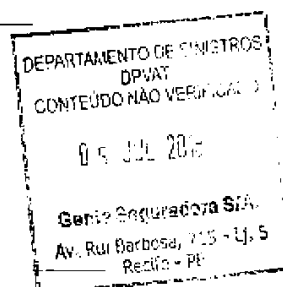
Profissão: Agricultor
BAIRRO: Centro

PROCURADOR:

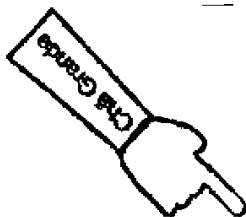
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: ANALISTA DE SEGUROS
Identidade: 3.641.5052-X SSP/SP CPF: 057.822.294-97
Endereço: RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO N 194, BAIRRO: CENTRO, CEP 55.640-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A QUALQUER SEGURADORA PERTENCENTE AO CONSORCIO DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da SEGURADORA LIDER, (correios, sinqor (S) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório / DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento credito indenização de sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assina, subestabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

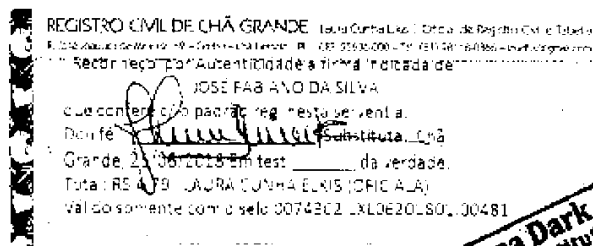
Jose Fabiano da Silva



Unbrande 25/06/2018
Local e data



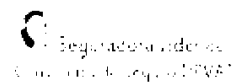
Jose Fabiano da Silva
Assinatura do Beneficiário/vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



Joana Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423580/18

Número do Sinistro: 3180550704

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

CPF: 052.439.354-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FABIANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar

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: 12/12/2018
Nome: ERICA DE MENEZES SILVA
CPF: 057.822.294-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ERICA DE MENEZES SILVA

Marta Marinho dos Santos





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, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180602224

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIANO DA SILVA

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

Carta nº 13752499





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, 28 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180602224

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIANO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

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. 00477/00478 - carta_03 - INVALIDEZ

00050239



Carta nº 13763328





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, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180602224

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIANO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

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. 00175/00176 - carta_03 - INVALIDEZ

00060088



Carta nº 14109429





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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180602224

Vítima: JOSE FABIANO DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICA DE MENEZES SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FABIANO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE FABIANO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001771-X

Conta: 0000015723-6

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





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 0721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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: 052.439.354-09 (CPF da Vítima) Nome completo da vítima: Jose Fabiano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Jose Fabiano da Silva CPF titular da conta: 052.439.354-09 Profissão: Recebe
Endereço: Rua São Felix de Oliveira Número: 36 Complemento: Carra
Bairro: Centro Cidade: Elmã Grande Estado: PE CEP: 55636-000
Email: Telefone (DDD):

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
BANCO: Banco do Brasil NRO:
AGÊNCIA: 3771 DUV: X CONTA: 35723 DUV: 6
(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 Lider 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.

de de
Local e Data

Jose Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



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 0721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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: 052.439.354-09 (CPF da Vítima) Nome completo da vítima: Jose Fabiano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Jose Fabiano da Silva CPF titular da conta: 052.439.354-09 Profissão: Recebe
Endereço: Rua São Felix de Oliveira Número: 36 Complemento: Carra
Bairro: Centro Cidade: Elmã Grande Estado: PE CEP: 55636-000
Email: Telefone (DDD):

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
BANCO: Banco do Brasil NRO:
AGÊNCIA: 3771 DUV: X CONTA: 35723 DUV: 6
(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 Lider 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.

_____ de _____ de _____
Local e Data

Jose Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





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 0721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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: 052.439.354-09 (CPF da Vítima) Nome completo da vítima: Jose Fabiano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Jose Fabiano da Silva CPF titular da conta: 052.439.354-09 Profissão: Recebe
Endereço: Rua São Felix de Oliveira Número: 36 Complemento: Carra
Bairro: Centro Cidade: Elina Grande Estado: PE CEP: 55636-000
Email: Telefone (DDD):

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
BANCO: Banco do Brasil NRO:
AGÊNCIA: 3771 DUV: X CONTA: 35723 DUV: 6
(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 Lider 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.

de de
Local e Data

Jose Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





3/803/0201

455498

024 5352/18

20.06.2018 22:58

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 65ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAÍ - DPMGª CIRCUNTERMINAL DE SEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS Nº. 1 REO154000274

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2016 às 15:15.

Palaeogeography and Biogeography of the Municipality of Amarapura, 1, PE71 - EE PRO ZONA RURAL - AMARAPURA PERU-AMERICA. REVISIT. Instituto de Geología y Minería.

DECLARACIÃO (AUTOR AGENTE)
 JULIANA MACHADO DA SILVA OLIVEIRA, OUTRO,
 ACIONADO TESTEMUNHO,
 POR FAVOR, ASSINAR e carimbar;

AlCl₃·O (Jedena der dänische rindes), que atua em pontos como 5' e 3' A/DNA.



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

JOSE FABIANO DA SILVA (presente ao plantio) - São: Nacionalidade: CECILIA NAUFABA CONCEIÇÃO - S. SERAGIÃO INACIO DA SILVA - Dito do Nascimento: 04/09/1963 - Mãe: Jovelina - RG: 31914 - CPF: 078.444.830-0 / 078.444.830-1 Documentos: 66.179.932-0001PE (RG) Estado Civil: CASADO(a) Escolaridade: 11. GRADUADO(a) FIO Profissão: AGRICULTOR(a) Telephone: Cel. Joves -69/401132

Endereço: Prefeitura Municipal de Cha Grande, 10, Rua João Pudgente Santana - CEP: 35000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/UFPA/BRASIL
Endereço: Prefeitura Municipal de Cha Grande, 10, Rua João Pudgente Santana - CEP: 35000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/UFPA/BRASIL

ANDRINHO (não presente na planta) - Semente semidura, macia, CÍCENA (estufada): NA(=INFORMADO) PERNAMBUCO BRASIL - Fazenda CHA SOLTEIRINHA (S. Anderson) - 2º GRUPO INCOMPLETO (profissão AGRICULTOR(A))
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1. RUA DO CAMPO - CEP: 55009-800 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO BRASIL
Cidade e Comércio: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1. RUA DO CAMPO - CEP: 55009-800 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO BRASIL

DESCOMITECIDA (não presente ao plantio) - Sexo: Masculino, Mãe: Naturalidade: NÃO INFORMADO, FERTILIZANTE: BASIL

FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: (Masculinidade) ANA MAIRA DA SILVA Nascimento: NÃO INFORMADO; PERMANÊNCIA: BRASIL, São José do Rio CAÇADOR/RS, Brasil, nascido em 31. GRAU COMPLETO Professor COMITENTE: Engenheiro Residência: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL. Engenheiro Comercial MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL.



Id de Ocorrência

file:///C:/Users/Policiant/Downloads/infocid/zn/06/03/2/Preview.html

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade de(s) Sr(s). FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA, que estava emprestado(a) Sr(s). ANDRINHO
 Categoria/Marca/Modelo AUTOMOVEIL/FIAT/FIAT MILLEWAY Objeto apreendido Não
 Cor PRETA Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

NO DIA SEIS DE ABRIL DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS QUATORZE HORAS APROXIMADAMENTE, VIAJAVAM NO VEICULO TRAZER DO REFERIDO VEICULO, QUANDO NA PELA, PROXIMO A DIVISA DESSE MUNICIPIO (ISTO E, PROXIMO A PONTE, O VEICULO QUE VIAJAVAM FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEICULO QUE NAO SABE INFORMAR QUAL QUANTIDADE TALHE QUE IDENTIFIQUE O VEICULO QUE O ATINGIU, QUE NESTE MOMENTO FICOU UNTO DOSS DE SACORDAO, SENDO SOCORRIDO PELO AMBU DA CIDADE DE CHA GRANDE, QUE O CONDUZIO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARIARIU E APÓS DOIS DIAS FOI JOVAMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL JESUS DE QUEMINHA, CIDADE DE DEZERRIS, QUE O MESMO MOTOMISTA DO COM SUSPEITA DE PRATICA DO FEMICID, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO HOSPITAL JESUS DE QUEMINHO EM DEZERRIS, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE FICOU O VEICULO CERRA DIRIGIDO PELO POPULAR ANDINO, O REFERIDO DELT VITIMA, POIS O PROPRIETARIO DO REFERIDO VEICULO TERIA EMPRESTADO O MESMO AO POPULAR ANDINO PARA PEGAR A GUA, QUE DESTE ACIDENTE SOMENTE A PRESENTE VITIMA SOFREU LESÃO, QUANTO AO MOTORISTA SOU NADA SOFREU, QUANTO AO VEICULO QUE O ATINGIU, ESTE NEMPAROU PARA PRESTAR SOCORRO, EVADINDO-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, NADA MAIS REGISTRAREMOS NO PRESENTE BO.

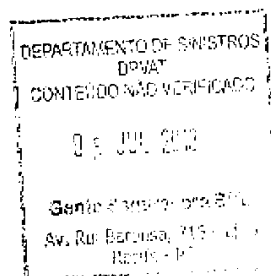
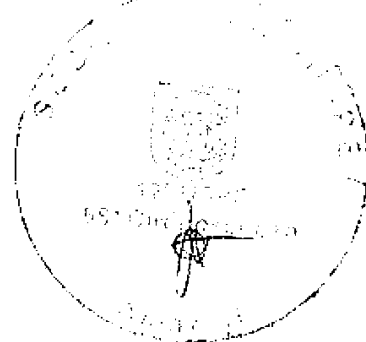
Assinatura do(s) pessoa(s) presente na unidade policial

Jose Fabiano da Silva

JOSE FABIANO DA SILVA
 VITIMA

BO registrado por JOSE CAVALCANTE DE ANDRADE - 156903-1

Jose Fabiano da Silva





0245352/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66 CIRC DINTERV12º DE SEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0156000567

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/07/2018 às 11:05

Complemento do BO Número: 18E0156000474

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 24/07/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
ANDINHO (TESTEMUNHA)
JOSE FABIANO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usadora geradora da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANDINHO

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

JOSE FABIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO Pat: SEBASTIÃO INACIO DA SILVA Data de Nascimento: 04/1993 Naturalidade: PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 6697993/SDSPE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: -997401135

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

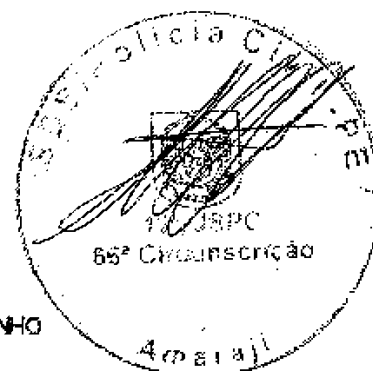
ANDINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CICERA Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

Endereço Comercial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: .. Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL

FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANA MAIRA DA SILVA Naturalidade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: COMERCIANTE
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PERNAMBUCO/BRASIL



30/07/2018 11:07

letim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/infopol/html/BOEPreview.html

GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

FIAT LINO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANDRINHO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/FIAT MILLEWAY Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: AKV6747 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 802476210

Complemento / Observação

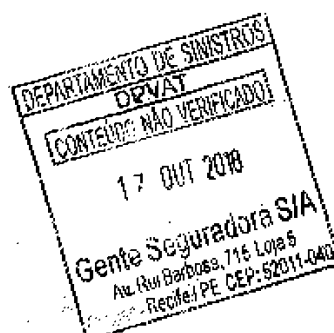
QUE NO DIA SEIS DE ABRIL DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS QUATORZE HORAS APROXIMADAMENTE, VIAJAVAM NO BANCO TRAZENDO DO REFERIDO VEÍCULO, QUANDO NA PE 71, PRÓXIMO À DIVISA DESTE MUNICÍPIO, ISTO É, PRÓXIMO À PONTE, O VEÍCULO QUE VIAJAVAM FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO QUE NÃO SABE INFORMAR QUALQUER DETALHE QUE IDENTIFIQUE O VEÍCULO QUE O ATINGIU, QUE NESTE MOMENTO FICOU UM POLÍCIA DESACORDADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DA CIDADE DE CHA GRANDE, QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARLIARUE. APÓS DOIS DIAS FOI NOVAMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERRAS, QUE O MESMO FOI INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA DO FÊMUR, QUE FOI SUBMETIDO À CIRURGIA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO DE BEZERRAS, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE O CITADO VEÍCULO ERA DIRIGIDO PELO POPULARANDINO, COMECIDO DELE VÍTIMA, POIS O PROPRIETÁRIO DO REFERIDO VEÍCULO TERIA EMPRESTADO O MESMO AO POPULARANDINO PARA PEGAR ÁGUA, QUE DESTE ACIDENTE SOMENTE A PRESENTE VÍTIMA SOFREU LESÃO, QUANTO AO MOTORISTA ESTE NADA SOFREU, QUANTO AO VEÍCULO QUE O ATINGIU, ESTE NEM PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, EVADINDO-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, NADA MAIS A REGISTRARENCERRO O PRESENTE BO.

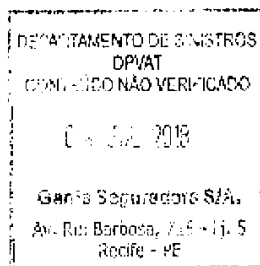
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

x José Fabiana da Silva

JOSE FABIANA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: ANDERSON SOUZA DE SIQUEIRA





3180310201

155498

024 5352118

20/06/2018 22:58

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJÍ - DP66ª CIRCUNTERIA 12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000474

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2018 às 15:15

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA MORTAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 14/06/18 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AMARAJÍ, LPE71 - BAIRRO ZONA RURAL - AMARAJÍ/PERNAMBUCO, BRASIL, local de Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
ALEXANDRE TESTEIRA
JOSE FABIANO DA SILVA (CHAMADO)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Veículo gerador da ocorrência), que estava em posse de: S/AL. ANDRINHO

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

JOSE FABIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Idade: CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO (p. SEBASTIÃO INACIO DA SILVA) Data de Nascimento: 04/1962; Idade: 56 anos; Filiação: FERNANDA / PERNAMBUCO / BRASIL; Documento: 66.1799975051PE (gru) Estado Civil: CASADO(a); Escolaridade: 11. GRAU COMPLETO; Profissão: AGRICULTOR(P); Telefone: Celular: +557101132

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTI DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTI DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

ANDRINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Idade: CECILIA Maria; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL; Estado Civil: SOLTEIRO(P); Endereços: 21. GRAU INCOMPLETO; Profissão: AGRICULTOR(P)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Idade: ...; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Idade: ANA MAIRA DA SILVA; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL; Estado Civil: CASADO(a); Escolaridade: 11. GRAU COMPLETO; Profissão: COMERCIANTE
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTI DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTI DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL



e de Ocorrência

(file:///C:/Users/Policiant/Downloads/infocid/zn/06/03/2/Preview.html)

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade de(s) Sr(s). FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA, que estava emprestado(a) Sr(s). ANDRINHO

Integrante/Marca/Modelo: AUTOMOVEIL/FIAT/FIAT MILLEWAY Objeto apreendido: Não
 Cor: PRETA Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

NO DIA SEIS DE ABRIL DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS QUATORZE HORAS APROXIMADAMENTE, VIAJAVAM NO VEICULO TRAZER DO REFERIDO VEICULO, QUANDO NA PELA, PROXIMO A DIVISA DE SEU MUNICIPIO (ISTO E, PROXIMO A PONTE, O VEICULO QUE VIAJAVAM FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEICULO QUE NAO SABE INFORMAR QUAL QUANTIDADE TALHE QUE IDENTIFIQUE O VEICULO QUE O ATINGIU, QUE NESTE MOMENTO FICOU UNIDOUO DE SA CORDAO, SENDO SOCORRIDO PELO AMADA CIDADE DE CHA GRANDE, QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARIARIU E APÓS DOIS DIAS FOI JOVAMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL JESUS DE QUEMINHA, CIDADE DE BEZERRAS, QUE O MESMO MOTOMISTA DO COM SUSPEITA DE PRATICA DO FEMICID, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO HOSPITAL JESUS DE QUEMINHA EM BEZERRAS, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE FICOU O VEICULO CERRA DIRIGIDO PELO POPULAR ANDRINHO, O REFERIDO DELT VITIMA, POIS O PROPRIETARIO DO REFERIDO VEICULO TERIA EMPRESTADO O MESMO AO POPULAR ANDRINHO PARA PEGAR A GUIA, QUE DESTE ACIDENTE SOMENTE A PRESENTE VITIMA SOFREU LESÃO, QUANTO AO MOTORISTA SOU NADA SOFREU, QUANTO AO VEICULO QUE O ATINGIU, ESTE NEM PAROU PARA PRESTAR SOCCORRO, EVADINDO-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, NADA MAIS REGISTRAREMOS NO PRESENTE BO.

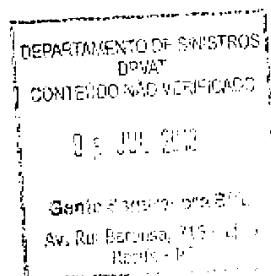
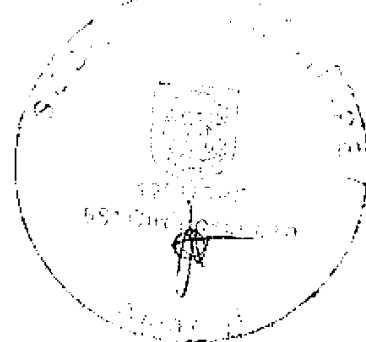
Assinatura da(s) pessoa(s) presente na(s) unidade policial

Jose Fabiano da Silva

JOSE FABIANO DA SILVA
 VITIMA

Bo.O registrado por JOSE CAVALCANTE DE ANDRADE - 156903-1

Jose Fabiano da Silva





0245352/18

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ª CIRC DINTER 1/12ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000567

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2018** às **11:05**

Complemento do B.O Número: **18E0156000474**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/4/2018** no período da Tarde

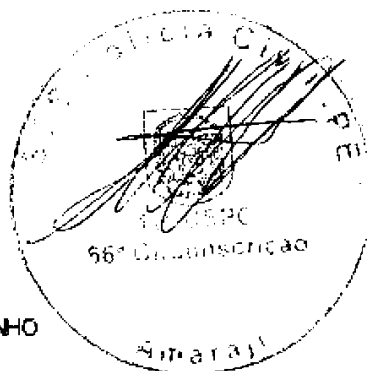
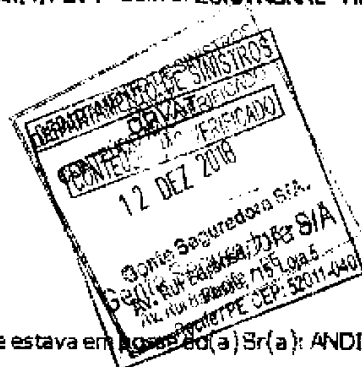
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE AMARAJI, 1, PE 71 - Bairro: ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
ANDINHO (TESTEMUNHA)
JOSE FABIANO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

JOSE FABIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **SEBASTIÃO INACIO DA SILVA** Data de Nascimento: **04/1993** Naturalidade: **PASSIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Documento: **6637993/SO/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **-997401135**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANDINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **CICERA** Naturalidade: **NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: .. Naturalidade: **NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ANA MAIRA DA SILVA** Naturalidade: **NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **COMERCIANTE**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PRUDENTE DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**



GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

FIAT/UNO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDINHO**

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/FIAT MILLEWAY Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: AKV6747 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 802476210

Complemento / Observação

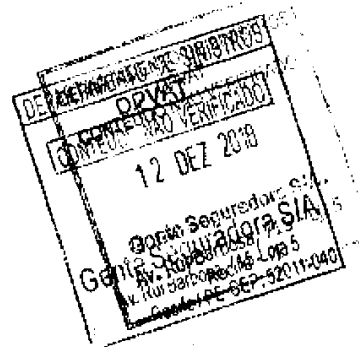
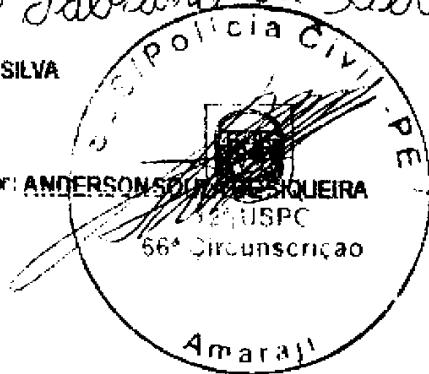
QUE NO DIA SETS DE ABRIL DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS QUATORZE HORAS APROXIMADAMENTE, VIA JAVÁ NO BANCO TRAZEIRO DO REFERIDO VEÍCULO, QUANDO NA PE 71, PROXIMO A DIVISA DESTE MUNICÍPIO, ISTO É, PROXIMO A PONTE, O VEÍCULO QUE VIA JAVÁ FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO QUE NÃO SABE INFORMAR QUALQUER DETALHE QUE IDENTIFIQUE O VEÍCULO QUE O ATINGIU, QUE NESTE MOMENTO FICOU UM POUCO DESACORDADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DA CIDADE DE CHA GRANDE, QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU E APÓS DOIS DIAS FOI NOVAMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS, QUE O MESMO FOI INTERNADO COM SUSPEITA DE FRATURA DO FEMUR, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE O CITADO VEÍCULO ERA DIRIGIDO PELO POPULARANDINO, CONHECIDO DELE VÍTIMA, POIS O PROPRIETÁRIO DO REFERIDO VEÍCULO TERIA EMPRESTADO O MESMO AO POPULARANDINO PARA PEGAR A GUA, QUE DESTE ACIDENTE SOMENTE A PRESENTE VÍTIMA SOFREU LESÃO, QUANTO AO MOTORISTA ESTE NADA SOFREU, QUANTO AO VEÍCULO QUE O ATINGIU, ESTE NEM PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, EVADINDO-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, NADA MAIS A REGISTRAR ENCERRO O PRESENTE BO.

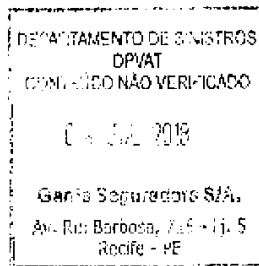
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

2 José Fabiano da Silva

JOSE FABIANO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANDERSON SOUZA DE SIQUEIRA
12/USPC
56ª Circunscrição





3180310201

155498

024 5352118

20/06/2018 22:58

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJÍ - DP66ª CIRCUNTER 112ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000474

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/06/2018 às 15:15

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 14/06/18 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AMARAJÍ, L.PE 71 - BAIRRO ZONA RURAL - AMARAJÍ/PERNAMBUCO, BRASIL, local de Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
ALEXANDRE TESTEIRA
JOSE FABIANO DA SILVA (CHAMADO)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Veículo gerador da ocorrência), que estava em posse de: S/AL. ANDRINHO

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

JOSE FABIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Idade: CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO (p. SEBASTIÃO INACIO DA SILVA) Data de Nascimento: 04/1963; Idade: 55 anos; Filiação: FERNANDA FERREIRA MENDES / BRASIL Documentos: 66.179997505/PE (gru) Estado Civil: CASADO(a) Escolaridade: 11. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(a) Telefone: Celular: +557401132

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTI DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTI DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

ANDRINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Idade: CECILIA Maria; Idade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(a) Endereços: 21. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(a)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA DO CAMPO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Idade: Idade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL

FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Idade: ANA MAIRA DA SILVA; Idade: NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL Estado Civil: CASADO(a) Escolaridade: 11. GRAU COMPLETO Profissão: COMERCIANTE
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTI DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 16, RUA JOÃO PUDRENTI DE SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL



de Ocorrência

(file:///C:/Users/Policiant/Downloads/PrintView.aspx)

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade de(s) Sr(s). FELIPE MANOEL DA SILVA OLIVEIRA, que estava emprestado(a) Sr(s). ANDRINHO

categoria/Marca/Modelo AUTOMOVEIL/FIAT/FIAT MILLEWAY Objeto apreendido: Não
 Ser PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

NO DIA SEIS DE ABRIL DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS QUATORZE HORAS APROXIMADAMENTE, VIAJAVAM NO VEICULO TRAZER DO REFERIDO VEICULO, QUANDO NA PELA, PROXIMO A DIVISA DE SEU MUNICIPIO (ISTO E, PROXIMO A PONTE, O VEICULO QUE VIAJAVAM FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEICULO QUE NAO SABE INFORMAR QUAL QUANTIDADE TALHE QUE IDENTIFIQUE O VEICULO QUE O ATINGIU, QUE NESTE MOMENTO FICOU UNTO DOSS DE SACORDAO, SENDO SOCORRIDO PELO AMBU DA CIDADE DE CHA GRANDE, QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARIARIU E APÓS DOIS DIAS FOI JOVAMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL JESUS DE QUEMINHA, CIDADE DE DEZERRIS, QUE O MESMO MOTOMISTA DO COM SUSPEITA DE PRATICA DO FEMICID, QUE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO HOSPITAL JESUS DE QUEMINHO EM DEZERRIS, QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE FICOU O VEICULO CERRA DIRIGIDO PELO POPULAR ANDRINO, O REFERIDO DELT VITIMA, POIS O PROPRIETARIO DO REFERIDO VEICULO TERIA EMPRESTADO O MESMO AO POPULAR ANDRINO PARA PEGAR A GUA, QUE DESTE ACIDENTE SOMENTE A PRESENTE VITIMA SOFREU LESÃO, QUANTO AO MOTORISTA SOU NADA SOFREU, QUANTO AO VEICULO QUE O ATINGIU, ESTE NEMPAROU PARA PRESTAR SOCORRO, EVADINDO-SE DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, NADA MAIS REGISTRAREMOS NO PRESENTE BO.

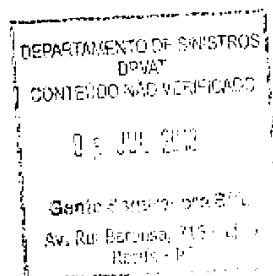
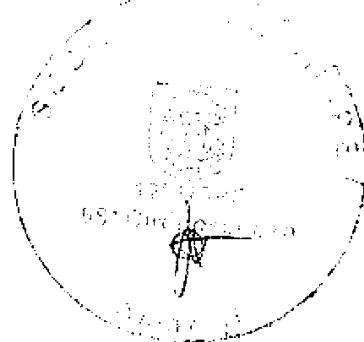
Assinatura da(s) pessoa(s) presente na(s) unidade policial

Jose Fabiano da Silva

JOSE FABIANO DA SILVA
 VITIMA

BO registrado por JOSE CAVALCANTE DE ANDRADE - 156900-1

Jose Fabiano da Silva



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

José Fabiano da Silva

CPF da Vítima

052.439.354-09

Data do Acidente

06-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 99740-1135

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Brasília 03 de Julho de 2018

Local e Data

José Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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

José Fabiano da Silva

CPF da Vítima

052.439.354-09

Data do Acidente

06-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

(81) 99740-1135

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Brasília 03 de Julho de 2018

Local e Data

José Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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 José Fabiano da Silva CPF da Vítima 052.439.354-09 Data do Acidente 06-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email _____ Telefone* (DDD) (81) 99740-1135

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Brasília 03 de Julho de 2018
Local e Data

José Fabiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017







Num. 65537034 - Pág. 37



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FABIANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01771-X

CONTA: 000000015723-6

Nr. da Autenticação 875A7DC18DBACE66





União Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 2004/MT
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52055-902
CNPJ 10.835.932/0001-04 | Ins. Est. 022949-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES LUIZ SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO FELIX DE OLIVEIRA, 16

CPF 044.848.864-84 NIS 20916543775

CENTRO URBANO GRANDE
CNA GRANDE PE
510341-0000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
SADA RENDA COM FAS
Mantida

01132434 JUNCA 03/04/2018
0304/2018 2002357120 063118

0379530028 04/2018
10/04/2018 10/05/2018
22.08

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo em kWh	30.1400.000	0,1808150	5,47
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	36.0000000	0,2497670	10,43
Contribuição luminária pública			0,58
PRO CRIANÇA (IBIT) 3413-8860-000051-8989			3,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
22.08
Sociedade Sagursôca S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 1º S
Recife - PE

TOTAL DA FATURA

SP DO	TIPO DA	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO
RECEBOS	FINANÇ	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DO	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO
75183	CAT	03/04/2018	11800	21/04/2018	7877,00	37	1.00000		

SP DO	TIPO DA	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO
RECEBOS	FINANÇ	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DO	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO
75183	CAT	03/04/2018	11800	21/04/2018	7877,00	37	1.00000		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
22.08
Sociedade Sagursôca S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 1º S
Recife - PE

SP DO	TIPO DA	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO	ANEXO
RECEBOS	FINANÇ	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DO	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO
75183	CAT	03/04/2018	11800	21/04/2018	7877,00	37	1.00000		



União Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 2004/MT
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52055-902
CNPJ 10.835.932/0001-04 | Ins. Est. 022949-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES LUIZ SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO FELIX DE OLIVEIRA, 18

CPF 044.848.864-84 NIS 20916543775

CENTRO URBANO GRANDE
CNA GRANDE PE
510341-0000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
SADA RENDA COM FAS
Mantida

01132434 JUNCA 03/04/2018
0304/2018 2002357120 063118

0379530028 04/2018
10/04/2018 10/05/2018
22.08

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.1400.000	11.1580450	9.07
36.0000000	0.2947670	10.43
		0.58
		3.00

Consumo Residencial 30 kWh
Consumo Residencial superior a 30 até 100 kWh
Contribuição luminária pública
PRO CRIANÇA (IBIT) 3413-8860-000051 8989

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
22.08
Sociedade Sagardos & Cia.
Av. Rui Barbosa, 715 - 1º S
Recife - PE

TOTAL DA FATURA

SP DO	TIPO DA	ANEXO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SP DO	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO
15183	FIÇÃO		03/04/2018	11500	21/04/2018	78720	37	1.0000		0.00

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO
03/04/2018	9.07	Consumo Residencial 30 kWh	10.43	Consumo Residencial superior a 30 até 100 kWh	0.58	Contribuição luminária pública	3.00	PRO CRIANÇA (IBIT) 3413-8860-000051 8989		

Na data de emissão desta fatura, o valor de 9.07 (nove reais e sete centavos) é devido em nome do consumidor. Este valor é devido em nome do consumidor e não em nome da Companhia. O valor de 10.43 (dez reais e quarenta e três centavos) é devido em nome do consumidor e não em nome da Companhia. O valor de 0.58 (cinco centavos) é devido em nome do consumidor e não em nome da Companhia. O valor de 3.00 (três reais) é devido em nome do consumidor e não em nome da Companhia.

CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-907
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL		CONTA CONTRATO	
INGLIDA MENEZES SILVA LEMOS		29/06/2018		22/06/2018		007026835572	
CPF: 06.7.980.924-59		TOTAL A PAGAR (R\$)		DATA DA APRESENTAÇÃO		Nº DO CLIENTE	
		0,00		22/06/2018		2016077369	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA				NÚMERO DA NOTA FISCAL		Nº DA INSTALAÇÃO	
RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO 134				021562348		0306094701	
CENTRO GRAVATA		CLASSIFICAÇÃO		B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL			
55640-000 GRAVATA PE				Monofásico			
		RESERVADO AO FISCÓ		BF21.E9C0.8514.CE51.19F0.EE8F.900B.9545			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos e serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.culpe.com.br.							

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	115,00	0,73927710	85,01
Adesivo Bandeira AMARELA			0,42
Adesivo Bandeira VERMELHA			5,96
Contribuição Iluminação Pública			7,74
ICMS Substituído-CDE-NF 014206197-230418			0,74

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPTAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
23 JUL 2018
Banco Seguradora S/A.
715-44.5

[illegible][illegible]

TOTAL DA FATURA	90,37
-----------------	-------

RECEIVED JAN 13 1964

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
IRRF			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
21,30	25,00	5,33	51,59	0,79	4,07	91,30	9,60	8,76

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO NUPROD	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Q- DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO em Wh
		DATA	RETORNA	DATA	RETORNA				
000000003151670240	CAT	22/06/2012	28/06/2012	22/06/2012	28/06/2012	7	1.50000	5,00	115,00

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	META INFERIA	META TÍPICA	META SUPERIOR
DIE-Nº de horas para Energia	0 22	5,55	11,10	22,20	

[illegible]

FIC - Fuel e energia elétrica	1,20	1,43	6,86	15,39
MTC - Manutenção material de manutenção corrente	0,22	1,25	5,10	0,66
DREH - Despesa com interrupções de energia elétrica				Limite DREH = 12,22
FIC - Fuel e energia elétrica				
MTC - Manutenção material de manutenção corrente				
DREH - Despesa com interrupções de energia elétrica				

[illegible]

Indica o nome da rede pública de saúde que utiliza o SUS, o UIC, o UIC-2, o UIC-3 e o UIC-4 a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. Paga-se a indenização a partir do momento em que o autor apresenta sua petição inicial, independentemente de a gravidade da lesão ser avaliada no momento em que o autor apresenta a petição inicial. A indenização é calculada em função da gravidade da lesão, independentemente de a gravidade da lesão ser avaliada no momento em que o autor apresenta a petição inicial. A indenização é calculada em função da gravidade da lesão, independentemente de a gravidade da lesão ser avaliada no momento em que o autor apresenta a petição inicial.

NIVEAU DE TENSION

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007023635572	06/2018	0.00	29/06/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

АЛГЕБРА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫХ ОПЕРАТОРОВ





União Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 2004/MT
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 52055-902
CNPJ 10.805.932/0001-04 | Ins. Est. 022949-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES LUIZ SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO FELIX DE OLIVEIRA, 18

CPF 044.848.864-84 NIS 20916843775

CENTRO URBANO GRANDE
CNA GRANDE PE
510341-0000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
SADA RENDA COM FAS
Mantida

01132434 JUNCA 03/04/2018
0304/2018 2002357120 063118

0379530028 04/2018
10/04/2018 10/05/2018
22.08

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.1400.000	0,15804750	4,76
36.0000000	0,29476710	10,43
		0,58
		3,00

Consumo Abaixo de 30 kWh
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh
Contribuição iluminação pública
PRO CRIANÇA (IBIT) 3413-8860-000051 8989

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
22.08
Sociedade Sagursôca S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 1º 5
Recife - PE

TOTAL DA FATURA

TP DO RECEBIVO	TIPO DA FATURA	PERÍODO DATA	LEITURA DATA	ATUAL DATA	TP DO BOM	CONSUMO DATA	ABASTE.	CONSUMO DATA
15183	CAT	MAIO 2018	1186,00	2104,2618	7.877,00	37	1.00000	37

DATA	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
ABR 18	59								
MAR 18	73								
FEV 18	56								
JAN 18	58								
DEZ 17	63								
NOV 17	63								
OUT 17	55								
SET 17	57								
AGO 17	30								
JUL 17	37								
JUN 17	57								
MAY 17	55								
ABR 17	56								

Na data de emissão da fatura, o valor de 0,15804750 R\$ por kWh, referente ao mês de maio de 2018, foi calculado com base no valor de 0,15804750 R\$ por kWh, vigente em maio de 2018, acrescido de 10% (dez por cento) de reajuste. O valor de 0,29476710 R\$ por kWh, referente ao mês de maio de 2018, foi calculado com base no valor de 0,29476710 R\$ por kWh, vigente em maio de 2018, acrescido de 10% (dez por cento) de reajuste. O valor de 0,58 R\$ por kWh, referente ao mês de maio de 2018, foi calculado com base no valor de 0,58 R\$ por kWh, vigente em maio de 2018, acrescido de 10% (dez por cento) de reajuste. O valor de 3,00 R\$ por kWh, referente ao mês de maio de 2018, foi calculado com base no valor de 3,00 R\$ por kWh, vigente em maio de 2018, acrescido de 10% (dez por cento) de reajuste.

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1352640881

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-05
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 8610120 PRONTIÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0242
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0107 -
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 -
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE INGLIDA MENEZES SILVA LEMOS	DATA DE VENCIMENTO 28/02/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/02/2018	CONTA CONTRATO 7026635572
ENDEREÇO RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO 194 -CENTRO/GRAVATA -55640-000 GRAVATA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 85,18	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/02/2018	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
NÚMERO DA NOTA FISCAL 006548465			

PERÍODO CONSUMO 23/01/2018 a 21/02/2018	CONSUMO 119
---	-----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 19,89

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

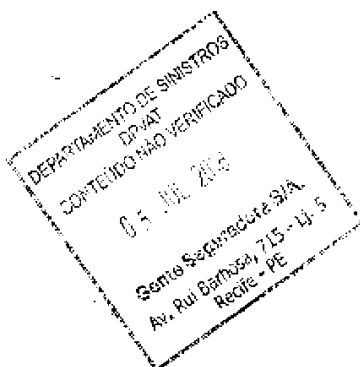
Deslize aqui

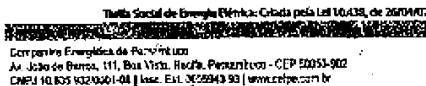
CONTA CONTRATO 7026635572	MÊS/ANO 02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 85,18	VENCIMENTO 28/02/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838600000000 851800110078 026635572102 112979189136



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO FELIX DE OLIVEIRA, 18

CENTRINCHA GRANDE
CHA GRANDE PE
SIRBOLING

0379536028 04/2018
10/04/2018 10/05/2018
22 08

011324854	UNCA	11/04/2010
000047018	2002357130	063118

Consumo médio de 20 kWh
Consumo Acum. superior a 20 até 100 kWh
Contribuição máxima de 100 kWh
PTO: C/FRANCA (0411) 3412-8960 0-800-091-8969

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
201.000.000	11,15000000	2.231.000,00
36.000.000,00	0,29000000	10.440,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 JUL 2008
22.08
Seguros S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Q. 5
Recife - PE

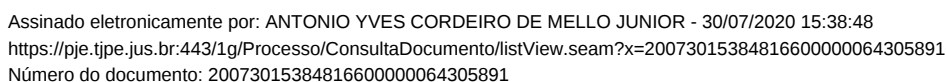
TOTAL DATAURA

Nº DE RECEIÇÃO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTATAR	ASSINTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
051811	CAT	11/01/2010	7 116,20	21/04/2010	7 177,20	37	(30000)	

[illegible]

1. A Lei nº 12.305, de 2010, institui o Sistema Nacional de Resíduos Sólidos (SISNERS) e estabelece a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS). A PNRS tem como objetivo principal a gestão adequada dos resíduos sólidos, visando à proteção do meio ambiente e à saúde pública. A Lei nº 12.305 também estabelece a responsabilidade compartilhada pelo ciclo de vida dos produtos, ou seja, a responsabilidade é compartilhada entre todos os envolvidos no ciclo de vida do produto, desde a produção até o descarte final.

VENGO 14/12/88	URRUTIA 25/01/89	VAL 18/10	URRUTIA	11/01/89	VAL
0,00	0,00	0,00	11,10	22,20	
0,00	0,00	1,47	8,59	15,70	
2,04	2,04	2,00	0,00	0,00	



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1352640881

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-05
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 8610120 PRONTUÁRIO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0242
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0107 -
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE INGLIDA MENEZES SILVA LEMOS	DATA DE VENCIMENTO 28/02/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/02/2018	CONTA CONTRATO 7026635572
ENDEREÇO RUA ANTONIO DE FREITAS SOBRINHO 194 -CENTRO/GRAVATA -55640-000 GRAVATA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 85,18	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/02/2018	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 23/01/2018 a 21/02/2018	CONSUMO 119	NÚMERO DA NOTA FISCAL 006548465	

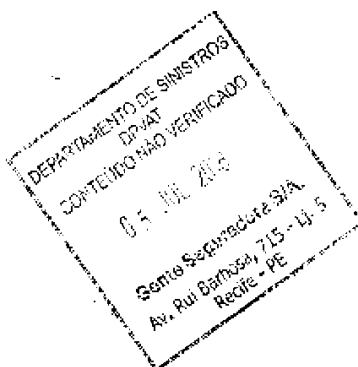
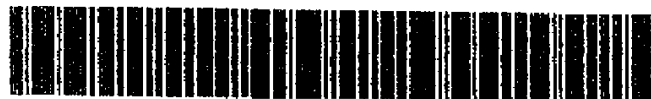
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 19,89

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Deslize aqui

CONTA CONTRATO 7026635572	MÊS/ANO 02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 85,18	VENCIMENTO 28/02/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838600000000 851800110078 026635572102 112979189136				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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

INFORMAÇÕES 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 SUSEP¹ 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carla de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Fabiano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.439.354 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima _____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 <u>Rua Antônio de Freitas Sobrinho</u>		Número <u>194</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Gravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
E-mail <u>carlamenezes@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>_____</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99360-5567</u>

Gravata 03 de Julho de 2018.
Local e Data

Carla de Menezes Silva
Assinatura do Declarante



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

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

INFORMAÇÕES 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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carla de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Fabiano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.439.359 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 Lider-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		Número	Complemento
<u>Rua Antônio de Freitas Sabrinha</u>		<u>199</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Granata</u>	<u>PE</u>	<u>55640-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
<u>carlamenezes@hotmail.com</u>		<u>-</u>	<u>(81) 99360-5567</u>

Granata 03 de Julho de 2018.

Local e Data

Carla de Menezes Silva
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



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

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

INFORMAÇÕES 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 SUSEP¹ 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carla de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Fabiano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.439.354 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima _____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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 <u>Rua Antônio de Freitas Sobrinho</u>	Número <u>194</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Gravata</u>	CEP <u>55640-000</u>
E-mail <u>carlamenezes@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>_____</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99360-5567</u>

Gravata 03 de Julho de 2018.
Local e Data

Carla de Menezes Silva
Assinatura do Declarante



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

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

INFORMAÇÕES 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 SUSEP¹ 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carla de Menezes Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.822.294 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Fabiano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.439.354 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima _____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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	Número	Complemento
<u>Rua Antônio de Freitas Sobrinho</u>	<u>194</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>PE</u>	<u>55640-000</u>
Cidade	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Gravata</u>	<u>_____</u>	<u>(81) 99360-5567</u>
E-mail		
<u>carlamenezes@hotmail.com</u>		

Gravata 03 de Julho de 2018.
Local e Data

Carla de Menezes Silva
Assinatura do Declarante

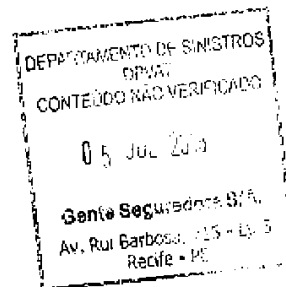


Declaração do Proprietário do Veículo

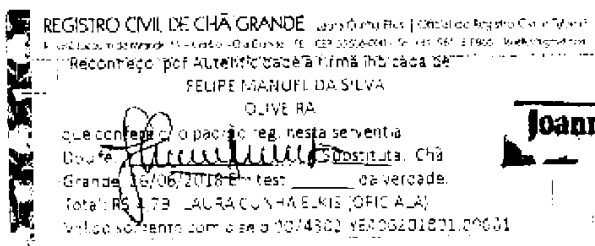
Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira
RG nº 9.363.942, data de expedição 1/1
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.454.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Prudente de Santana, nº 16,
complemento Rua, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Fabiano da Silva cujo o condutor era

Veículo: AUTO MÓVEL
Modelo: FIAT / UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 35802534473398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



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



Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

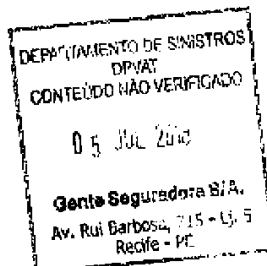


Trata-se de um veículo Fiat e não mostra
Declaração não é obrigatório Apresentar
Declaração do Proprietário do Veículo

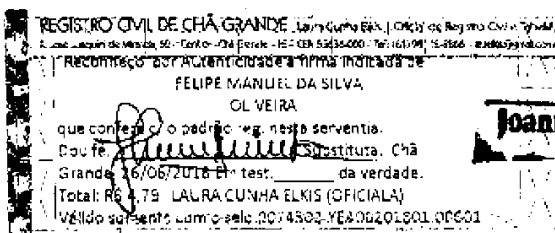
Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira
RG nº 9.363.942, data de expedição 1/1
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.754.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Prudente de Santana, nº 16,
complemento PASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Fabiano da Silva cujo o condutor era

Veículo: AUTOMÓVEL
Modelo: FIAT / UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 35802534474398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



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



Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

0245352118

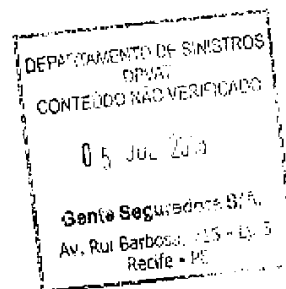


Declaração do Proprietário do Veículo

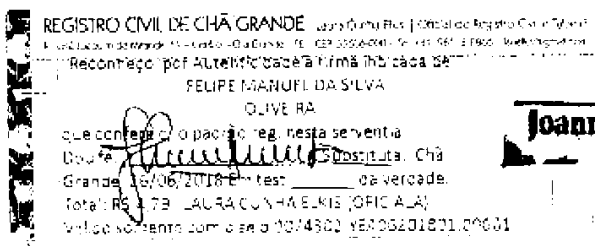
Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira
RG nº 9.363.942, data de expedição 1/1
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.454.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Prudente de Santana, nº 16,
complemento Rua, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Fabiano da Silva cujo o condutor era

Veículo: AUTO MÓVEL
Modelo: FIAT / UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 35802534473398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



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



Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial



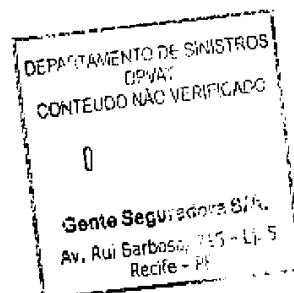
Automóvel - não é necessário
declarar

Declaração do Proprietário do Veículo

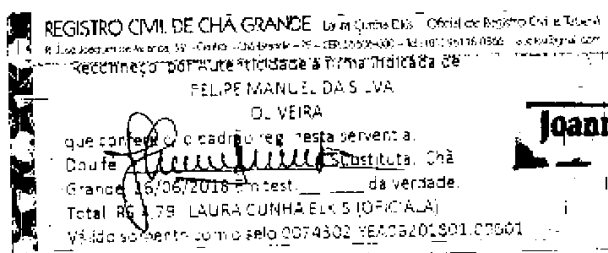
Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira
RG nº 9.363.942, data de expedição 1/1/,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.754.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Prudente de Santana, nº 16,
complemento Passa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima Jose Fabiano da Silva cujo o condutor era

Veículo: AUTOMÓVEL
Modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: A KV 6747
Chassi: 9BD35802534474398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

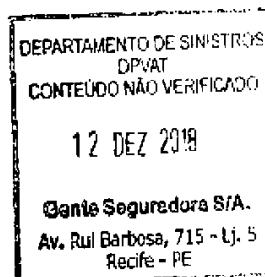
X Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



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



Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial

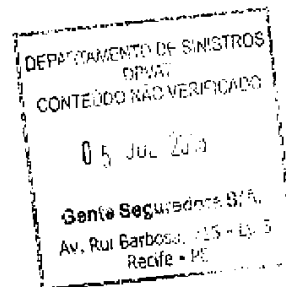


Declaração do Proprietário do Veículo

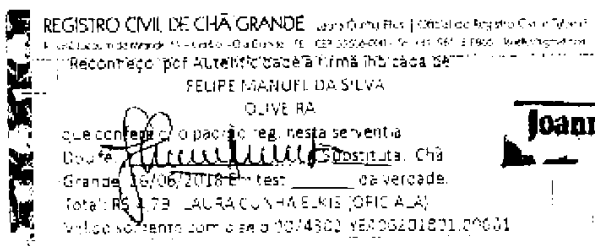
Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira
RG nº 9.363.992, data de expedição 1/1
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.454.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Prudente de Santana, nº 16,
complemento Rua, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Fabiano da Silva cujo o condutor era

Veículo: AUTO MÓVEL
Modelo: FIAT / UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 35802534473398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



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



Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTI
TELEFONE: (81) 3719-9400 / (81) 3719-9346

SAME- H.R.A
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICAS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o paciente: **JOSÉ FABIANO DA SILVA** esteve interno(a) nesta unidade hospitalar no dia **06/04/2018**.

PRONTUÁRIO:316442

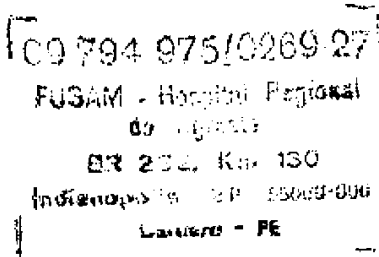
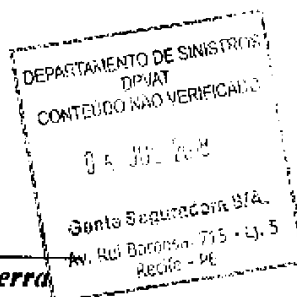
TRATAMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

OBS. ATT COM AUTOMÓVEL.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 12 de Abril de 2018.


Alexandre de Oliveira Bezerra
SAME-HRA





HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÁ GRANDE - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 06/04/2019 às 14:09:58 | N° do Atendimento:

FICHA DE ATENDIMENTO					
Código Paciente PAC_768101		Cartão SUS		Nome do Paciente JOSE FABIANO DA SILVA	
Data Nascimento 08/04/1983	Idade 34 anos	Sexo Masculino	Raça/Cor	Contato 1	Contato 2
Nome dos Pais SEBASTIAO INACIO DA SILVA E CECILIA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO			Observações		
Endereço:					
ANTROPOMETRIA					
PESO:		KG	ALTURA:	M	MASSA:
SINAIS VITAIS / GLICEMIA					
P.A.:	mmHg	TEMPERATURA:	C	GLICEMIA: mg/dl	
FREQ. CARD.:	bpm	SAT. O2.:	%	() Jejum () Pós-Prandial	
FREQ. RESP.:	mpm	HGT:			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
ALERGIAS? ()		QUAIS?			
SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: <i>paciente relata dor abdominal no lado da esquerda, sem febre, náusea ou vômito, sem alteração na frequência cardíaca e respiratória, há 02 dias.</i>					
EXAMES FÍSICOS					
DIAGNÓSTICO					
EXAMES COMPLEMENTARES					
TRATAMENTO					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPUAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Santa Seguradora S.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj
Recife - PE

Elton Soares dos Santos
Enfermeiro
CRM-PE 415332

Data do Atendimento: 06/04/2019 Hora: 14:09:58
Dr. Ruan Almeida
Médico
CRM-PE 415332
Médico / CRM / Carimbo

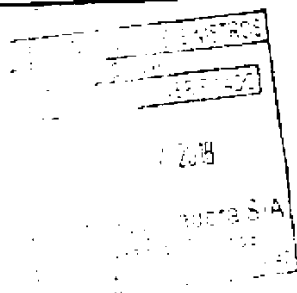


NOME: José Fabiano da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do fêmur (D) CID-10: S72.4 foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 12/04/2018. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 12/04/18.

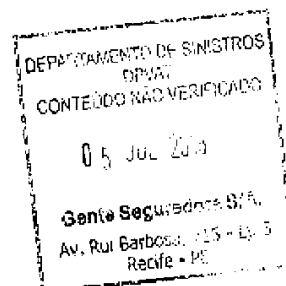


Declaração do Proprietário do Veículo

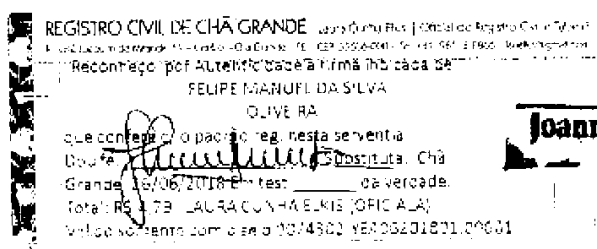
Eu, Felipe Manuel da Silva Oliveira
RG nº 9.363.942, data de expedição 1/1
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 114.454.054-23, com
domicílio na cidade de Chã Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Prudente de Santana, nº 16,
complemento Rua, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Fabiano da Silva cujo o condutor era

Veículo: AUTO MÓVEL
Modelo: FIAT / UNO MILLE FIRE
Ano: 2003
Placa: AKV 6747
Chassi: 9BD 35802534473398 REM
Data do Acidente:
Local e Data: Chã Grande 26/06/2018

Felipe Manuel da Silva Oliveira
Assinatura do Declarante



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



Joanna Dark de Lima Silva
Substituta da Oficial





HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 06/04/2018 às 14:09:58 | Nº do Atendimento:

FICHA DE ATENDIMENTO					
Código Paciente PAC_768101	Cartão SUS		Nome do Paciente JOSE FABIANC DA SILVA		
Data Nascimento 08/04/1983	Idade 34 anos	Sexo Masculino	Raça/Cor	Contato 1	Contato 2
Nome dos Pais SEBASTIAO INACIO DA SILVA E CECILIA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO			Observações		
Endereço:					
ANTROPOMETRIA					
PESO:		KG	ALTURA:	M	MASSA:
SINAIS VITAIS / GLICEMIA					
P.A.:	mmHg	TEMPERATURA:	C	GLICEMIA: mg/dl	
FREQ. CARD.:	bpm	SAT. O2.:	%	() Jejum () Pós-Prandial	
FREQ. RESP.:	mpm	HGT:			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
ALERGIAS? () QUAIS?					
SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: <i>paciente relata de episódios de dor abdominal no lado esquerdo, sem febre, náusea ou vômito, a dor é intermitente e ocorre após as refeições, especialmente após o jantar.</i>					
EXAMES FÍSICOS					
<i>em exame físico, paciente apresenta dor abdominal localizada no quadrante superior esquerdo.</i>					
DIAGNÓSTICO					
EXAMES COMPLEMENTARES					
TRATAMENTO					
<i>prescrição de analgésico e acompanhamento clínico.</i>					

DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE DOENÇAS
CONTROLE DE DOENÇAS
12 DEZ 2018
Gente Saúde e Bem-estar S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5º
Recife - Recife - PE

Elton de Oliveira
Enfermeiro
CRM 416332

Data do Atendimento: 06/04/18 Hora: 14:09:58
Dr. Ruan Almeida
Médico
CRM-PE 153848
Médico / CRM / Carimbo

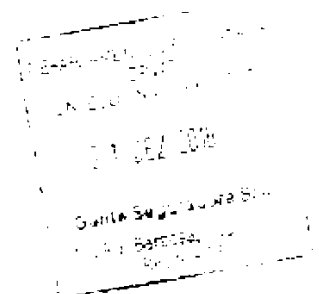




HOSPITAL
JESUS PEQUENO

NOME: João Eduardo da Silva

LAUDO MÉDICO



O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do bula distal CID-10 S72.4 foi

submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

13.04.18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial

de acordo com a alta do acompanhamento
subseq.

Bezerros, 22, 11, 18





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRETE
TELEFONE: (81) 3719-9400 / (81) 3719-9346

SAME-HRA
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICAS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessárias, que o paciente: **JOSÉ FABIANO DA SILVA** esteve interno(a) nesta unidade hospitalar no dia **06/04/2018**.

PRONTUÁRIO: 316442

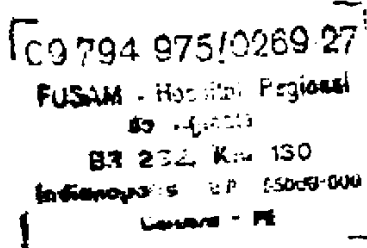
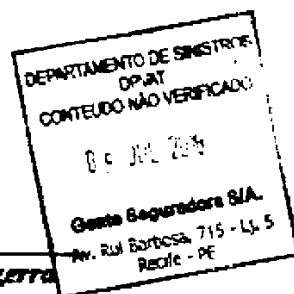
TRATAMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

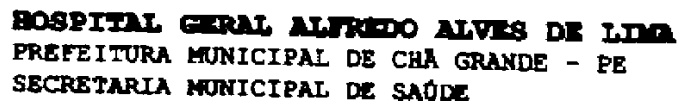
OBS. ATT COM AUTOMÓVEL.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 12 de Abril de 2018.

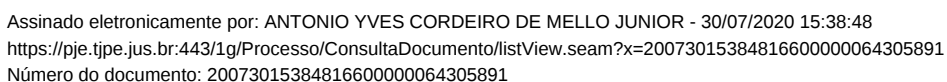
Alexandre de Oliveira Bezerra
Alexandre de Oliveira Bezerra
SAME-HRA





Atendimento em: 06/04/2018 às 14:09:38 | Nº do Atendimento:

Data do Atendimento: 02 / 05 / 1 Hora: : CMC / PC / CC / Caribe

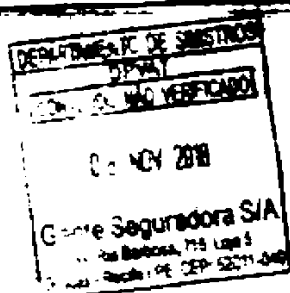


NOME: José Fagiano da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do fêmur (D) 08-10-2018 foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 12-10-2018. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Declaro, 12/10/18

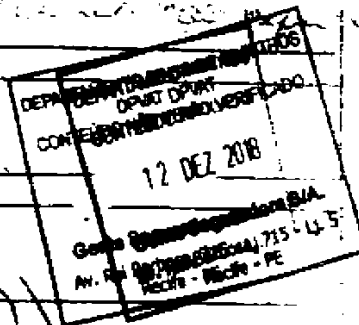




HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÁ GRANDE - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 06/04/2018 às 14:09:28 | Nº do Atendimento:

FICHA DE ATENDIMENTO					
Código Paciente PAC_768101		Código SUS		Nome do Paciente JOSE FARIAS DA SILVA	
Data Nascimento 08/04/1983	Idade 34 anos	Sexo Masculino	Raça/Cor	Contato 1	Contato 2
Nome dos Pais SEBASTIAO IMACIO DA SILVA e CECILIA SEBASTIANA DA CONCEIÇÃO			Observações		
Endereço:					
ANTROPOMETRIA					
PESO:		KG	ALTURA:	M	MASSA:
SINAIS VITAIS / GLICEMIA					
P.A.:	mmHg	TEMPERATURA:	C	GLICEMIA: mg/dl	
FREQ. CARD.:	bpm	SAT. O2.:	%	() Jejum () Pós-Prandial	
FREQ. RESP.:	rpm	EGT:			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
ALERGIAS? ()		QUAIS?			
SINAIS RELACIONADOS PELO PACIENTE: <i>paciente não apresenta sinais de desidratação nem sinais de choque. Não há febre, tosse ou sibilos. Não há alterações de consciência. Não há alterações de estado mental. Não há alterações de estado de consciência. Não há alterações de estado de consciência.</i>					
EXAMES FÍSICOS					
<i>Exame físico normal. Não há alterações de estado mental. Não há alterações de estado de consciência. Não há alterações de estado de consciência.</i>					
DIAGNÓSTICO					
EXAMES COMPLEMENTARES					
TRATAMENTO					
<i>Tratamento com...</i>					



Data do Atendimento: 06/04/2018

Nome:

Dr. Paulo Roberto
Médico
CRM - PE

Assinado / Carimbo



ORT

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

20 MAR 2019
20 MAR 2019
20 MAR 2019

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 403800 Prontuário: 316442
Nome: JOSE FABIANO DA SILVA
Data Nasc.: 08/04/1983 Idade: 34 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 703603089540332
Endereço: RUA JOAO PRUDENTE DE SANTANA Nº: 16
Bairro: CENTRO Cidade: CHA GRANDE Estado: PE
CPF: 55636000 Fone: 82984746 Profissão: AUTONOMO
Nome da Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEICAO
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM AUTOMOVEL
Clínica: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA

Cateterismo HTP

2 - ATENDIMENTO

Data: 08/04/2018 18:15

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Lesão traumática no membro superior direito, com dor e inchaço no local da lesão.

Exame Físico:

Exame físico: Membro superior direito com dor e inchaço no local da lesão.

Diag. Provisório:

Lesão traumática no membro superior direito, com dor e inchaço no local da lesão.

Prescrição:

Data: 08/04/2018
Prescrição: Dor, inchaço no membro superior direito, com dor e inchaço no local da lesão.



14

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/07/2020 15:38:48
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073015384816600000064305891>
 Número do documento: 20073015384816600000064305891

EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Registro N°:

Lotto N°

EVOLUÇÃO

Collect information
on security attributes
of recent ~~of~~

2018

A simple line drawing of a bird in flight, showing its wings spread and tail feathers. The bird is positioned in the upper right quadrant of the page, facing left. Its wings are large and curved, with several lines indicating the feathers. The tail is also visible, with a few lines suggesting the shape. The drawing is done in a sketchy, expressive style.

11

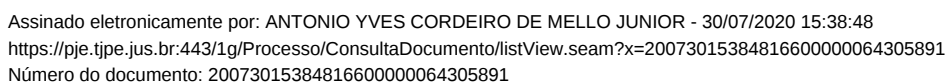
Walt. G. Hodge & Eugene Thomas Ltd.
London, England - U.S.A.

Spent day in Glenview.

APR 20 1968

for 1000. 51 1000000

2003





Contenido del Documento
 1. Decreto 1571
 Hospital de San Juan
 29/03/03



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Assessoria: ENFER_M - LEITO-08
 Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Jornalismo: 488708	Data: 08/04/2018	Hora: 11:07	Recepção: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA
Convênio: SES- ORTOPEdia			Matrícula: 703803089540332
Responsável: DR. EMANUEL ALEXANDRE AMANDO SOUZA			Identidade: 703803089540332
Idade: 118848	JOSE FABIANO DA SILVA	Sexo: MASCULINO	Cor:
Idade: 08/04/1983	- 35 Anos e 2 Meses	Est. Civil:	
Endereço: RUA JOAO PRUDENTE DE SANTANA, S/N		C.P.F:	08243835409
Bairro: CENTRO		Identidade: 8637993	SDS PE
BGE/Cidade: 2804602 CHA GRANDE	CEP UF: PE	Telefone: 81.97401135	81.97401135
Nome: SEBASTIAO INACIO DA SILVA		G. Instrução:	
Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEICAO		Ocupação:	
Nacionalidade: BRASIL		Naturalidade:	

Obs: SENHA ORTOPEDICA 432298

Assinatura do Paciente

JOSE FABIANO DA SILVA
 30448 40110 41116

IDA:

Exame Físico

BOA
 N10 - RESISTENTE AO SINO DO HENRIQUE
 N10 - FALTA DE 42 - 4111

AD

RAU110 PERNA 110112

Tratamento

CIURIA

Bezerros, 08 de abril de 2018

Conferido Com Documento
 Engenheiro Bezerros
 Hospital Jesus Pequeno

11/05/18
11/02/18

[illegible]

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para evitar futuros desastres.

Tome o acidente com uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, assimile logo depois.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenção às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho pedindo a acidentes por desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, luvas, capacete e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas em devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou substituí-la. Habilitar-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Usar equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número 26538 Série 00058

Érica de Menezes Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUL 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.
Recife - PE

Nome Erica de Menezes Silva
 Loc. Nasc. Caruaru Est. PE Data 02.09.1983
 Filiação Wladimir da Silva e Josecláide
Carla de Menezes
 Doc. Nº 1.634.415-0152-X SSP/SP

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 23.07.2008 SRTE A.G. DO TRABALHO
Edvanilson Rodrigues de Souza
Assinatura do Funcionário
Edvanilson RODRIGUES de Souza
Mat: 1704.3

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Notes

Doc:

Name _____

Dec

Nome

Doc

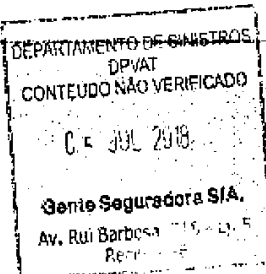
.....

APPENDIX

Nasci

•••••

• • • • •



02/12/2017

Receita Federal do Brasil

**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **057.822.294-97**

Nome: **ERICA DE MENEZES SILVA**

Data Nascimento: **02/09/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **27/01/2003**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:24:21** do dia **02/12/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **964E.A34D.FE56.C93A**



Aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

