



28/07/2020

Número: **0019798-12.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65382144	28/07/2020 14:03	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061911

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS 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 15480044





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, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061911

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **JOSE CARLOS DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000000835-4**

Conta: **0000020640-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200061911

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 28/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01735/01736 - carta_09 - INVALIDEZ

00040868



Carta nº 15570033



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CUF: 71814026410 Nome completo da vítima: JOSE CARLOS DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE CARLOS DA SILVA CPF: 71814026410
Profissão: REC INF Endereço: SI 2 AGOA DOCE DOIS Número: 440 Complemento: CASA
Pai/mãe: MARCELOS Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA Estado: PE CEP: 55765-000
Cidade: _____ Telefone: (81) 96650454

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RENDIMENTO INFORMAL ☐ R\$1.001,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (válido para bancos abertos, assim como para) ☒ CONTA CORRENTE (válido para bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0835 CONTA: 20640 7
(informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador) (informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora a utilizar a informação da presente declaração, de minha inteira vontade, a qualquer tempo, para fins de apuração de indenização e para fins de emissão de relatório de sinistro, bem como para fins de emissão de relatório de sinistro, bem como para fins de emissão de relatório de sinistro, bem como para fins de emissão de relatório de sinistro.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho conhecimento de qualquer laudo médico ou pericial emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, em nenhuma das opções:

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

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho conhecimento de qualquer laudo médico ou pericial emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, em nenhuma das opções: ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou filhos, informar quantos: _____ e qual o nome: _____
Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou pais vivos, informar o nome: _____
Vítima deixou irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou irmãos vivos, informar o nome: _____

Estou ciente de que a Seguradora não pagará a indenização de morte do Seguro DPVAT caso morte ocorra antes da data de emissão do laudo médico ou pericial emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, em nenhuma das opções: ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Local e data: SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 24/10/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RGSO

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

TESTEMUNHAS

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

O(A) Vítima/Beneficiário, não alfabetizado, deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SHU RGSO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé sobre a doação e/ou de recebimento, antes do preenchimento e assinatura.

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



500492

0030458/19



133ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA - DP133ªCIRC
DINTER1/16º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0223000063

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/01/2019 às 11:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia
28/10/2018 às 18:00

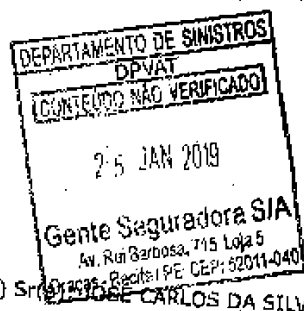
Fato ocorrido no endereço: **ALTO DAS OLIVEIRAS, PRÓXIMO À CAIXA D'ÁGUA - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOÃO JOAQUIM DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr. **JOSÉ CARLOS DA SILVA**



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

JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSEFA DE ARRUDA** Pai: **JOÃO JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **11/8/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9884732/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981566962**

Residência: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

JOÃO JOAQUIM DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ DAQUIM FILHO** Data de Nascimento: **5/1/1973** Naturalidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4797626/SDS/PE (RG)** 02930216433 (CPF) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981038388**

Residência: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

DBZerra/infopol/xm/BOEPreview.html



500492

0030458/19



133ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 133ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA - DP133ªCIRC
DINTER1/16º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0223000063

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/01/2019 às 11:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 28/10/2018 às 18:00

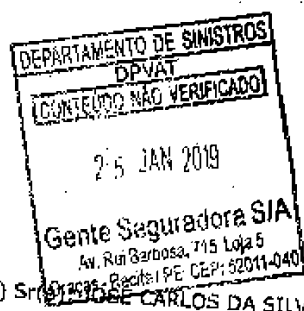
Fato ocorrido no endereço: **ALTO DAS OLIVEIRAS, PRÓXIMO À CAIXA D'ÁGUA - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOÃO JOAQUIM DA SILVA (OUTRO)
JOSE CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr. **JOSE CARLOS DA SILVA**



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

JOSÉ CARLOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSEFA DE ARRUDA** Pai: **JOÃO JOAQUIM DA SILVA** Data de Nascimento: **11/8/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9884732/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981566962**

Residência: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

JOÃO JOAQUIM DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ DAQUIM FILHO** Data de Nascimento: **5/1/1973** Naturalidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4797626/SDS/PE (RG), 02930216433 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81981038388**

Residência: **SÍTIO LAGOA DOCE, PRÓXIMO A AZULÃO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A AZULÃO**

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

DBZerra/infopol/xm/BOEPreview.html



Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ES; Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KTE0247** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **542713101** Chassi: **9C2KC1670DTR03717**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SR. "JOSÉ CARLOS DA SILVA", JUNTAMENTE COM O SEU PAI E PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA SUPRACITADA, O SR. "JOÃO JOAQUIM DA SILVA" PARA INFORMAREM QUE NO DIA 28/10/2018 MAIS OU MENOS ÀS 18H O SR. "JOSÉ CARLOS" SOFREU UM ACIDENTE NA VIA PÚBLICA DA CIDADE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ. O FATOS DEU QUANDO A VÍTIMA PILOTAVA A MOTO DO PAI E DE REPENTE UM CONDUCTOR NÃO IDENTIFICADO QUE VINHA EM OUTRA MOTO PELA CONTRAMÃO ACERTOU A PERNA DA VÍTIMA, VINDO A FRATURÁ-LA. APÓS O ACIDENTE, O CONDUCTOR DA OUTRA MOTOCICLETA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. NA OCASIÃO A VÍTIMA FORA LEVADA À POLICLÍNICA DA CIDADE PARA O PRÉ ATENDIMENTO E LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, EM CARUARU, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

JOSÉ CARLOS DA SILVA
(VITIMA)

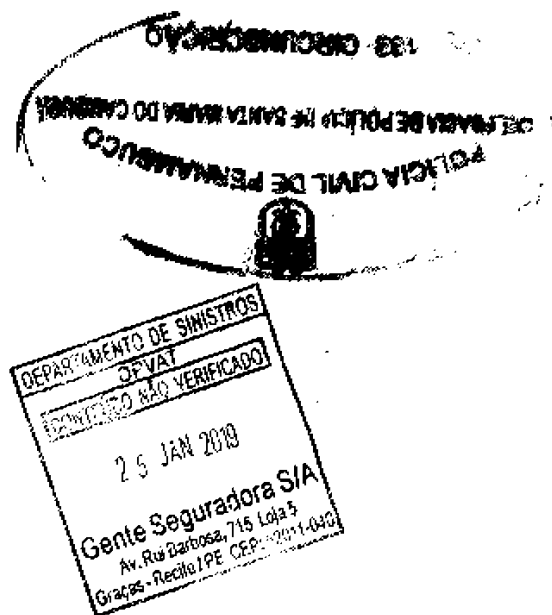
José Carlos da Silva

**JOÃO JOAQUIM DA SILVA
(OUTRO)**

100 Los Leones y el

B.O. registrado por: **THEOMAR THEOPHILO BEZERRA** - Matrícula: **3879984**

HEOMAR THEOPHILO BEZERRA





PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JOSE CARLOS DA SILVA
vítima de acidente de moto, portador(a) do
CPF: 718 140 264-10 RG: 884 732
residente: Sítio Lavoura doce
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

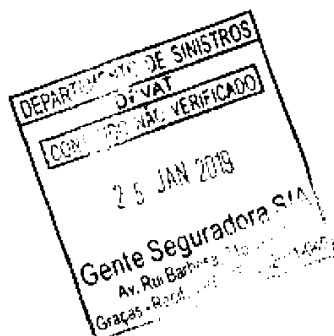
Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

Henrique Soares do Nascimento
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 448.606.327-79

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCA
Trabalhando com o povo

**SERVIÇO DE
PRONTO ATENDIMENTO**

Data: 28/10/2018 Hora: 18:25 Registro:
Nome: José Valden da Silva
Endereço: Sítio Baixa Doca Referência:
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Maria do Cambuca
Idade: 23 anos Sexo: Masculino Cor: P.d. Profissão:
Responsável:

Endereço do Responsável: Fone:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO ☒

VEICULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐
MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☒ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AGRESSÃO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐
MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

ACIDENTE DE TRABALHO ☐

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

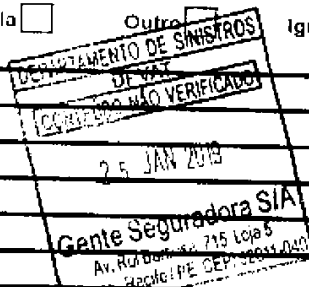
OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Queixas:



Exame Físico:

SC

PA: 120x30

FC: 85 bpm

Pulso: 99%

Temperatura:

HGT: 1,12 m

Paciente 23 anos, consciente e orientado, vítima de colisão de moto apresentando fratura cominada da M.I.D. em região tibial com exposição de tecido ósseo.
Reprimido por H.R.B.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta da M.I.D.

Procedimentos:

- 1) Fita proteção de continuidade do gesso e fixação imobilizadora da M.I.D.
- 2) MORFING, 1FA em 100ml SF 0,9% (EV)
- 3) Clotrimazol 200 + IBD (EV)
- 4) SRL 500mg (EV)

Cód.:

Responsável:

Ricardo Bezerra

CRM 157742





PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JOSE CARLOS DA SILVA
vítima de acidente de moto, portador(a) do
CPF: 718 140 264-10 RG: 884 732
residente: Sítio Lavoura Doca
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

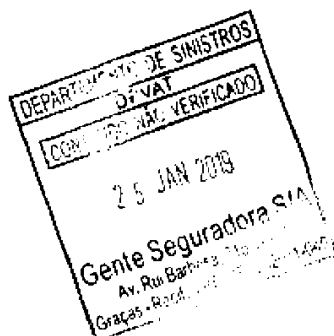
Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

Henrique Soares do Nascimento
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 448.606.327-69

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCA
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 28/10/2018 Hora: 18:25 Registro:
Nome: José Valden da Silva
Endereço: Sítio Baixa Doca Referência:
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Maria do Cambuca
Idade: 23 anos Sexo: Masculino Cor: P.d. Profissão:
Responsável:

Endereço do Responsável:

Fone:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO ☒

VEICULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☒ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AGRESSÃO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

ACIDENTE DE TRABALHO ☐

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

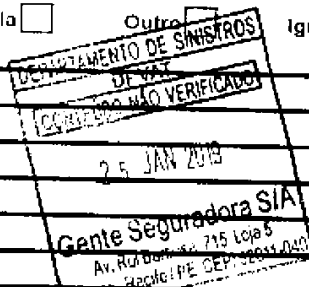
OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Queixas:



Exame Físico:

SC

PA: 120x30

FC: 85 bpm

Pulso: 99%

Temperatura:

HGT: 1,12 m

Paciente 23 anos, consciente e orientado, vítima de colisão de moto apresentando fratura cominada da M.I.D. em região tibial com exposição de tecido ósseo.
Reprimida por H.R.B.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta da M.I.D.

Procedimentos:

- 1) Fita proteção de continuidade do gesso e fixação imobilizadora da M.I.D.
- 2) MORFING, 1FA em 100ml SF 0,9% (EV)
- 3) Clotrimazol 200 + IBD (EV)
- 4) SRL 500mg (EV)

Cód.:

Responsável:

Ricardo Bezerra

CRM 157742



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000020640-7

Nr. Autenticação

BRADESCO1802202005000000000023700835000000020640472500 PAGO





Centro de Energia de Pernambuco
Av. Ruy Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE 51.020-110
CNPJ 06.900.007/0001-00 E-mail: celpa@celpe.com.br

Atividade: 01 - Geração de Energia Elétrica
Atividade: 02 - Transmissão de Energia Elétrica
Atividade: 03 - Distribuição de Energia Elétrica

CLASSIFICAO
Número de Registro
Número de Inscrição

Centro de Energia de Pernambuco
Av. Ruy Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE 51.020-110

Atividade: 01 - Geração de Energia Elétrica
Atividade: 02 - Transmissão de Energia Elétrica
Atividade: 03 - Distribuição de Energia Elétrica
Atividade: 04 - Manutenção de Energia Elétrica
Atividade: 05 - Instalação de Energia Elétrica
Atividade: 06 - Reparação de Energia Elétrica
Atividade: 07 - Limpeza de Energia Elétrica
Atividade: 08 - Pintura de Energia Elétrica
Atividade: 09 - Outros

Atividade: 01 - Geração de Energia Elétrica
Atividade: 02 - Transmissão de Energia Elétrica
Atividade: 03 - Distribuição de Energia Elétrica
Atividade: 04 - Manutenção de Energia Elétrica
Atividade: 05 - Instalação de Energia Elétrica
Atividade: 06 - Reparação de Energia Elétrica
Atividade: 07 - Limpeza de Energia Elétrica
Atividade: 08 - Pintura de Energia Elétrica
Atividade: 09 - Outros

Atividade: 01 - Geração de Energia Elétrica
Atividade: 02 - Transmissão de Energia Elétrica
Atividade: 03 - Distribuição de Energia Elétrica
Atividade: 04 - Manutenção de Energia Elétrica
Atividade: 05 - Instalação de Energia Elétrica
Atividade: 06 - Reparação de Energia Elétrica
Atividade: 07 - Limpeza de Energia Elétrica
Atividade: 08 - Pintura de Energia Elétrica
Atividade: 09 - Outros

Atividade: 01 - Geração de Energia Elétrica
Atividade: 02 - Transmissão de Energia Elétrica
Atividade: 03 - Distribuição de Energia Elétrica
Atividade: 04 - Manutenção de Energia Elétrica
Atividade: 05 - Instalação de Energia Elétrica
Atividade: 06 - Reparação de Energia Elétrica
Atividade: 07 - Limpeza de Energia Elétrica
Atividade: 08 - Pintura de Energia Elétrica
Atividade: 09 - Outros

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO RAC VERIFICADO
25 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Ruy Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE 51.020-110

PROCURA PLASTIFICADA
1219484604

VALOR EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

Atividade: 01 - Geração de Energia Elétrica
Atividade: 02 - Transmissão de Energia Elétrica
Atividade: 03 - Distribuição de Energia Elétrica
Atividade: 04 - Manutenção de Energia Elétrica
Atividade: 05 - Instalação de Energia Elétrica
Atividade: 06 - Reparação de Energia Elétrica
Atividade: 07 - Limpeza de Energia Elétrica
Atividade: 08 - Pintura de Energia Elétrica
Atividade: 09 - Outros

Atividade: 01 - Geração de Energia Elétrica
Atividade: 02 - Transmissão de Energia Elétrica
Atividade: 03 - Distribuição de Energia Elétrica
Atividade: 04 - Manutenção de Energia Elétrica
Atividade: 05 - Instalação de Energia Elétrica
Atividade: 06 - Reparação de Energia Elétrica
Atividade: 07 - Limpeza de Energia Elétrica
Atividade: 08 - Pintura de Energia Elétrica
Atividade: 09 - Outros



Setor de Injeção de Energia - Celpe pelo 10438 de 2019-03
Nº 10438 de 2019-03 - 10438 de 2019-03 - 10438 de 2019-03
Celpe pelo 10438 de 2019-03 - 10438 de 2019-03 - 10438 de 2019-03
Celpe pelo 10438 de 2019-03 - 10438 de 2019-03 - 10438 de 2019-03
Celpe pelo 10438 de 2019-03 - 10438 de 2019-03 - 10438 de 2019-03

PACOTE DO CLIENTE

ENDEREÇO PARA ENVIO DE CONSUMIDOR

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

Nº DO CONTRATO

Nº DO CONTRATO

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO

BI-REPRESENTAÇÃO
BARRAGEM DE ENERGIA

CONTA CONTRATADA

MÊS

7007911240

08/2018

DATA DE VENCIMENTO

29/10/2018

04/10/2018

29/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

17,77

QUANTIDADE

QUANTIDADE

PREÇO UNIT

VALOR (R\$)

TOTAL A PAGAR

17,77

DEMONSTRATIVO DE CONTAS									
Nº DE MEDIÇÃO	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	DEBÍTO (R\$)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

CONTA DE ENERGIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 Laje 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

DEMONSTRATIVO DE CONTAS									
Nº DE MEDIÇÃO	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	DEBÍTO (R\$)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

CONTA CONTRATADA

MÊS

7007911240

08/2018

04/10/2018

DATA DE VENCIMENTO

29/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

17,77

83880000000-3 37770011007-5 00791124010-8 12895046303-1



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 271206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/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.

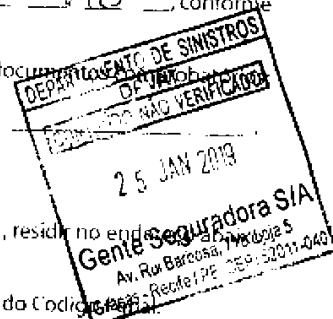
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574940534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 71814026410, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 71814026410, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos



☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, 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 JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750 000</u>
Email: <u>afseguros1994@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 96650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81335022</u>

SURUBIM/PE 24 de JANEIRO de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 271206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/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.

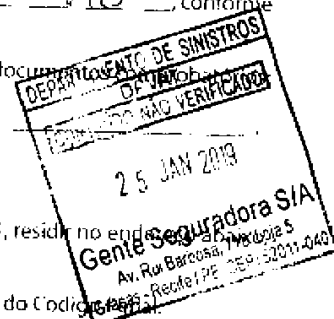
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574940534 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 71814026410, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CARLOS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 71814026410, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos



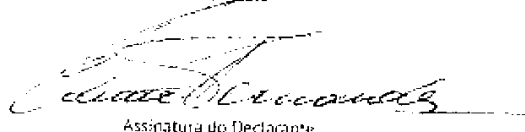
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, 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 JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750 000</u>
Email: <u>afseguros1994@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 96650454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81375022</u>

SURUBIM PE 24 de JANEIRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO JOAQUIM DA SILVA

RG nº 4797626, data de expedição 23/12/2009

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 02930216433, com domicílio na cidade de SANTA MARIA DO CAMBUCÁ no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SÍTIO MARRECAS, ZONA RURAL, nº SIN, complemento CASA, 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 CARLOS DA SILVA, cujo o condutor era

JOSE CARLOS DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 FANES I

Ano: 2013

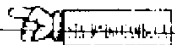
Placa: KIE0247

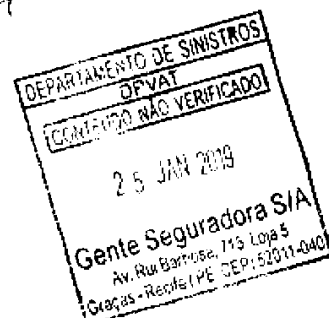
Chassi: 9C2XC1670DR037178

Data do Acidente: 28/10/18

Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ PE 28/10/18

João Joaquim da Silva 
Assinatura do Declarante

Jose Carlos da Silva 
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



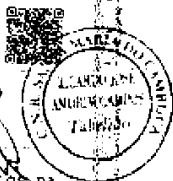
SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37571-201



conheço por autenticidade a firma de JOÃO JOAQUIM DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

File: 0159509.08101201901.00158 22/01/2019 11:03:39
Assinatura autenticada em www.tjpe.jus.br/seledigital

SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37571-201



conheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

XLX01201901.00158 22/01/2019 11:03:09
Assinatura autenticada em www.tjpe.jus.br/seledigital



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO JOAQUIM DA SILVA

RG nº 4797626, data de expedição 23/12/2009

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 02930216433, com
domicílio na cidade de SANTA MARIA DO CAMBUCÁ no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SÍTIO MARRECAS, ZONA RURAL, nº SIN,
complemento CASA, 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 CARLOS DA SILVA, cujo o condutor era

JOSE CARLOS DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 FANES I

Ano: 2013

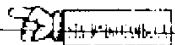
Placa: KIE0247

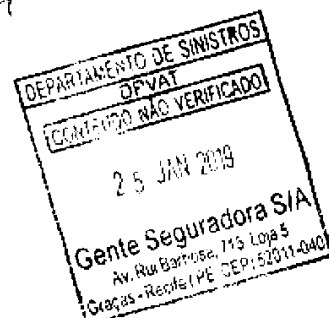
Chassi: 9C2XC1670DR037178

Data do Acidente: 28/10/18

Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ PE 28/10/18

João Joaquim da Silva 
Assinatura do Declarante

Jose Carlos da Silva 
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



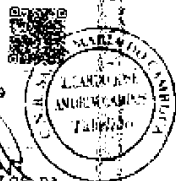
SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37571-201



conheço por autenticidade a firma de JOÃO JOAQUIM DA
SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria
do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA
LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

File: 0159509.00101201901.00158 22/01/2019 11:03:39
Assinatura autenticada em www.tjpe.jus.br/seledigital

SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-9
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37571-201



conheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA
SILVA. Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,80. Santa Maria
do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, VANESSA
LIS PEREIRA DA SILVA, escrevente autorizada.

File: 0159509.00101201901.00158 22/01/2019 11:03:09
Assinatura autenticada em www.tjpe.jus.br/seledigital





PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JOSE CARLOS DA SILVA
vítima de acidente de moto, portador(a) do
CPF: 718 140 264-10 RG: 884 732
residente: Sítio Lavoura Doca
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

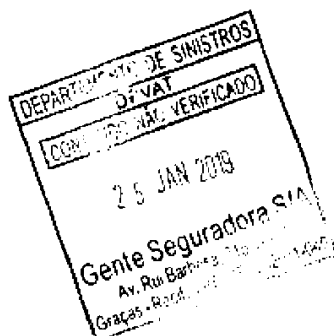
Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

Henrique Soares do Nascimento
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 448.606.327-69

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCA
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 28/10/2018 Hora: 18:25 Registro:
Nome: José Valden da Silva
Endereço: Sítio Baixa Doca Referência:
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Maria do Cambuca
Idade: 23 anos Sexo: Masculino Cor: P.d. Profissão:

Responsável:

Endereço do Responsável:

Fone:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO ☒

VEICULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☒ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AGRESSÃO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

ACIDENTE DE TRABALHO ☐

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

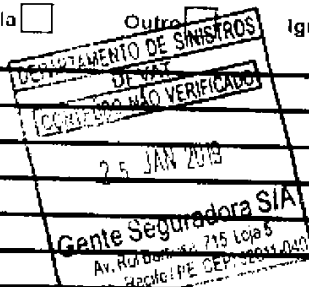
OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Queixas:



Exame Físico:

SC

PA: 120x30

FC: 85 bpm

Pulso: 99%

Temperatura:

HGT: 1,12 m

Paciente 23 anos, consciente e orientado, vítima de colisão de moto apresentando fratura cominada da M.I.D. em região tibial com exposição de tecido ósseo.
Reprimido por H.R.B.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta da M.I.D.

Procedimentos:

- 1) Fita proteção de continuidade do gesso e fixação imobilizadora da M.I.D.
- 2) MORFING, 1FA em 100ml SF 0,9% (EV)
- 3) Clotrimazol 200 + IBD (EV)
- 4) SRL 500mg (EV)

Cód.:

Responsável:

Ricardo Bezerra

CRM 157742



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Joné Carlos do Brito

Prontuário:

327952

Data:

1 / 1

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fadiga extrema por D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

At. de Especialidade e 10 dias.

TRATAMENTO REALIZADO:

FTO Anjo

ATB + AINH + outros de rotina.

no Rio de Janeiro

Alta Hospitalar: Data:

05 / 11 / 18

Hora:

05 / 11 / 18

8.00

Dr. Carlos

Dr. Ricardo Cavalcanti Marinho
Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clinica:

Registro No.:

Enfermaria:

Acidente vitru
de acidente do
MOT em 27/10/2018
sic. frnt. sup.
feridas D. fixadas
ext. ver 120.
Encaminhado p/
retirar fix. do
fêmur pel. p/
fins de dretur

7084

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10560

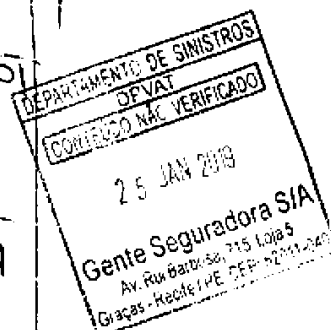
Data

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eelda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



COMPANHIA SUIÇA DE SEGUROS
SUAZUIA S.A. - SUZANO - SP
RECEBIMOS
de *Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior*
o valor de *R\$ 10.000,00*
em favor de *Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior*

que foi pago em cumprimento
da obrigação de *R\$ 10.000,00*
devida por *Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior*
à *Gente Seguradora S.A.*
em virtude do *contrato nº 123456789*
assinado em *10/07/2020*
em *Suzano - SP*
e que foi recebido em
totalidade.

Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior
CPF nº *123.456.789-00*

Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Jd. Paulista
Graciosa - Recife (PE) - 51.020-010

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
F.VAT
LOCAL DE EMISSÃO
08 MAR 2020
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Jd. Paulista
Graciosa - Recife (PE) - 51.020-010

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

0030458/19

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Acidente de trânsito
em 28/10/2018 - SIC
Fract. exp. Péua D.
operado. fix. ext.
apresentando re-
tre de co. fixados
ext. e portador
definição de conduta
fract. exp. Péua D.
fix. de direit.
2094

Nilton Pereira de Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11483

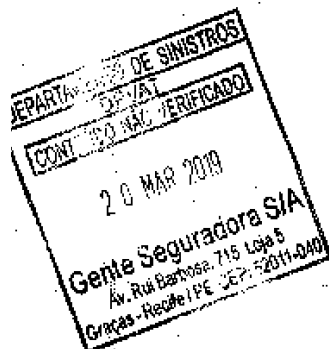
Data

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elieda Monteiro da Souza

1º Lugar

2º Concurso 89









Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

0030458/19

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Acidente de trânsito
em 28/10/2018 - SIC
Fract. exp. Péua D.
operado. fix. ext.
apresentando re-
tre de co. fixados
ext. e portador
definição de conduta
segundo nec. p/
função de direitos
2094

Nilton Pereira de Castro
Osteodonta e Traumatologia
CRM 11483

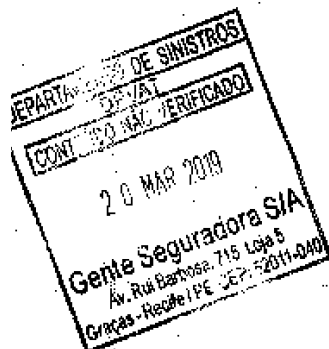
Data

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elieda Monteiro da Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



RECEITUÁRIO

[Handwritten text, mostly illegible]

[Large handwritten text, mostly illegible]

[Handwritten text, mostly illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
VAT
LOCAL DE AÇÃO VERIFICADA
08 MAR 2019
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Jd. Paulista
Gratificação Recife (PE) - 51.011-10



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JOSE CARLOS DA SILVA
vítima de acidente de moto, portador(a) do
CPF: 718 140 264-10 RG: 884 732
residente: Sítio Lavoura Doca
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 28/10/18, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

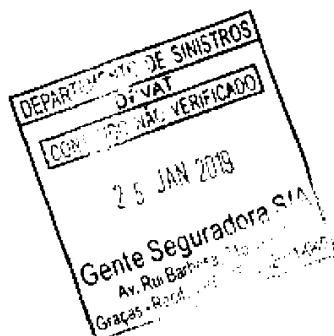
Santa Maria do Cambucá, 17 de JANEIRO de 2019

Henrique Soares do Nascimento
Diretor de Recursos Humanos

CPF: 448.606.327-79

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCA
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data: 28/10/2018 Hora: 18:25 Registro:
Nome: José Valen da Silva
Endereço: Sítio Baixa Doca Referência:
Bairro: Zona Rural Cidade: Santa Maria do Cambuca
Idade: 23 anos Sexo: Masculino Cor: Pta Profissão:
Responsável:

Endereço do Responsável:

Fone:

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO ☒

VEICULO: Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Atropelamento ☐ Colisão ☒ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AGRESSÃO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

MODO: Assalto/Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

ACIDENTE DE TRABALHO ☐

ORIGEM: Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

AUTO-AGRESSÃO/SUICÍDIO ☐

POR: Arma de Fogo ☐ Enforcado ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

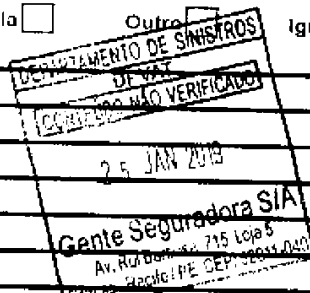
OUTROS TIPOS DE ACIDENTES ☐

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

Queixas:



Exame Físico:

SC

PA: 120x30

FC: 85 bpm

Pulso: 99%

Temperatura:

HGT: 1,12 m

Paciente 23 anos, consciente e orientado, vítima de colisão de moto apresentando fratura cominuta de M.I.D. em região tibial com exposição de tecido ósseo.
Reprimido por H.R.B.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura exposta de M.I.D.

Procedimentos:

- 1) Fita proteção de continuidade de gaze estéril + imobilização de M.I.D.
- 2) MORFINA 10mg em 100ml SF 0,9% (EV)
- 3) Ceftriaxona 2g + LABD (EV)
- 4) SRL 500mg (EV)

Cód.: 72

Responsável:

Ricardo Bezerra

CRM 157742



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Joné Carlos do Brito

Prontuário:

327952

Data:

1 / 1

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fadiga extrema por D

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

At. de Especialidade e 10 dias.

TRATAMENTO REALIZADO:

FTO Anjo

ATB + ANH + outros medicamentos

na forma de E. Ordem

Alta Hospitalar: Data:

05 / 11 / 18

Hora:

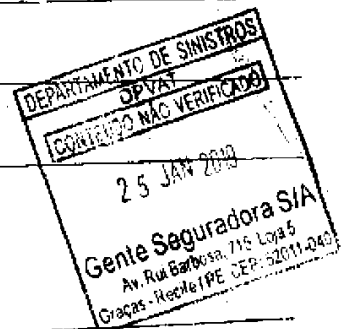
05 / 11 / 18

8.00

Dr. Carlos

Dr. Ricardo Cavalcanti Marinho
Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Clinica:

Registro No.:

Enfermaria:

Acidente vitru
de acidente de
tráfego em 27/10/2018
sic. frnt. sup.
feridas D. fixadas
ext. ver 120.
Encaminhado p/
retratar fix. do
fêmur pel. p/
fins de dretos

7084

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10560

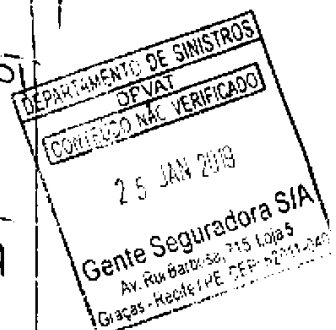
Data

Médico - CRM

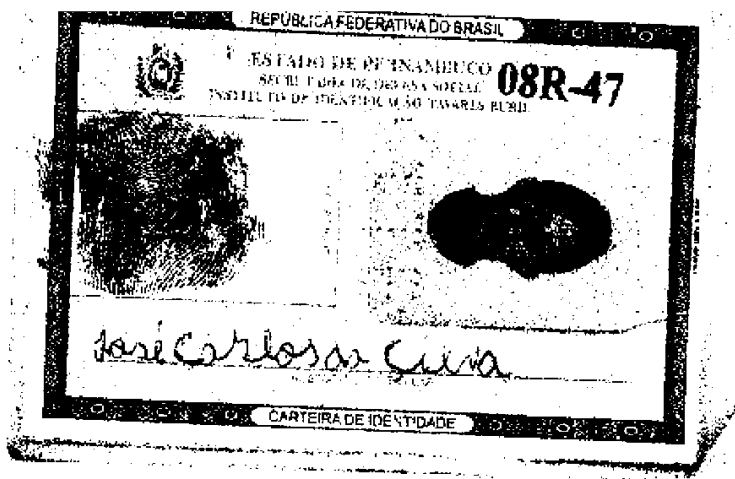
O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eelda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89





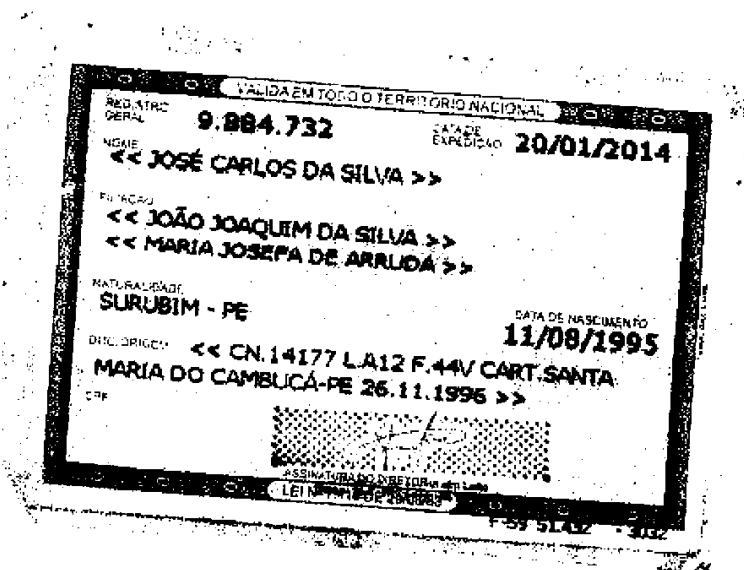


Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
718.140.264-10

Nome
JOSE CARLOS DA SILVA

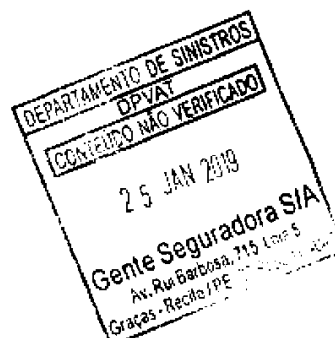
Nascimento
11/08/1995



CÓDIGO DE CONTROLE
BPE1.2E88.40AB.281C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:07:36 do dia 30/12/2018 (hora e data de Brasil)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Centro de Estudos e Pesquisas em Economia
Av. Brasil, 11.111 - 11.º andar - 20.050-012
Rio de Janeiro, RJ - CEP 20.050-012
CNPJ 07.540.007/0001-00 - Fone: (21) 2502.0100 - www.celpe.org.br

ANEXO 1 - VOTO EM JUIZ DE FORA - 2019

CLASSE DE VOTO
1 - VOTO EM JUIZ DE FORA

DATA DE EMISSÃO: 27/01/2019
DATA DE VALIDADE: 27/01/2019
VALOR: 154,54

VALOR EM LÍQUIDO: 154,54
VALOR EM DÍGITO: 154,54

DATA	VALOR	VALOR EM DÍGITO
27/01/2019	154,54	154,54

DATA	VALOR	VALOR EM DÍGITO
27/01/2019	154,54	154,54



VALOR EM TUDO
D TERRITÓRIO NACIONAL
1219484604

Nome: EDUARDO JOSE DE ALMEIDA FERREIRA
CPF: 000.000.000-00
Data de Nascimento: 01/01/1986
Data de Emissão: 25/08/2019
Data de Validade: 25/08/2019

PROCURAÇÃO
1219484604
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 14:03:04

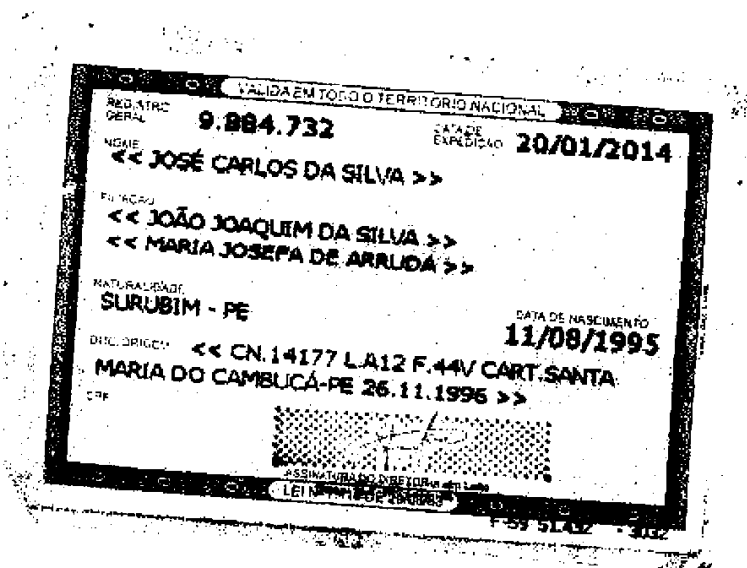


Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
718.140.264-10

Nome
JOSE CARLOS DA SILVA

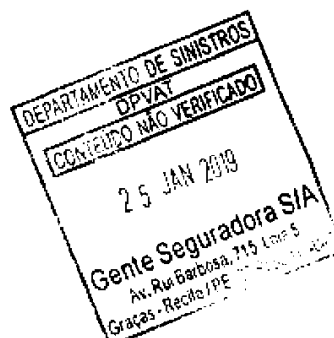
Nascimento
11/08/1995

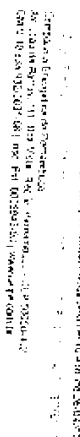


CÓDIGO DE CONTROLE
BPE1.2E88.40AB.281C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:07:36 do dia 30/12/2018 (hora e data de Brasil)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO




$$(\mathcal{A}(\mathbf{A}) \cap \mathcal{A}(\mathbf{B})) \cap \mathcal{A}(\mathbf{C}) = \mathcal{A}(\mathbf{A} \cap \mathbf{B} \cap \mathbf{C}) = \mathcal{A}(\mathbf{A} \cap \mathbf{B}) \cap \mathcal{A}(\mathbf{C}).$$

1. *Staphylococcus aureus*

UCL Affiliations

DEPT. OF AGRICULTURE
SILVER BULLET
SERIES 1011

$$\overline{\mathbf{M}} = \mathbf{M} + \mathbf{M}^T - \mathbf{M} \mathbf{M}^T \mathbf{M}$$

NORTH POLE

五、

ANEXO SENTENÇAS

U.S. DEPT. OF JUSTICE

•

$$\bar{c}_i = c_i^* \text{ at } \bar{a}_i = a_i^* \text{ and } \bar{b}_i = b_i^* \text{ for } i = 1, \dots, n.$$

$\text{Cov}(\mathbf{y}, \mathbf{y}) = \mathbf{y} \mathbf{y}^T$

[illegible]

2

1000

ADONIS	10.1016/j.jmb.2010.08.001
--------	---------------------------

100

[illegible]

1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1

10

100

10

1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 26

© 2004 Wiley Periodicals, Inc.

Abstract

Abstract

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE 53011-000

01430741309	WAGNER	12/13/2020	25/09/1986	ALBUQUERQUE FERREIRAS	BRASIL	AD

SAINTA CRUZ DO CAVALHEIRO PR
16.713.7015
4753954631
250770438447

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 011969985210
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 542713101 ***** 2015

JOAO JOAQUIM DA SILVA

3TA M CAMBUCA-PE

029.302.164-92 KIE0247

***** 9C2KCI670DR037178

ALCOGAS

HONDA/CG 150 FAN FSI 2013 20

2P/149CL PARTIC PRETA

IPVA 2015 QUITADO 1 *****

2 ***** 3 *****

PREMIO TAFARIO (R\$) 00,00 PREMIO TOTAL (R\$) 00,00 COTA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

3TA M CAMBUCA-PE 25/04/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTOR DE VIAGEM, SEMPRE COM PESSOAS CARGAS E PASSAGERS
TRANSPORTADAS OU NAOC SEGURO DPVAT

PE Nº 011969985210 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOAO JOAQUIM DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguro.detransio.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

3TA M CAMBUCA-PE 2015 25/04/15

029.302.164-92 KIE0247

542713101 HONDA/CG 150 FAN FSI

2013 09 9C2KCI670DR037178

PREMIO TAFARIO

FNE (R\$) 00,00 FNE (R\$) 00,00 COTA DE PAGAMENTO

COTA UNICA PAGAMENTO 00,00 PAGAMENTO 00,00

SEGURADORA LIDER - VOVAT

CNPJ 09.240.000/0001-04

www.seguradaculider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

PLE NAO É DE PORTE OBRIGATORIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
100% DO NAO VERIFICADO
25 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 715 Lm 5
Gracas - Recife/PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE Nº 011969985210
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 542713101 ***** 2015

JOAO JOAQUIM DA SILVA

3TA M CAMBUCA-PE

029.302.164-92 R1E0247

***** 9C2KCI670DR037178

ALCOGAS

HONDA/CG 150 FAN FSI 2013 20

2P/149CL PARTIC PRETA

IPVA 2015 QUITADO 1 *****

2 ***** 3 *****

PREMIO TAFARIO (R\$) 00,00 PREMIO TOTAL (R\$) 00,00 COTA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

3TA M CAMBUCA-PE 25/04/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTOR DE VIAGEM TERRE E AEREA, COM COBERTURA PARA PASSAGEIROS E CARGAS A BORDO
TRANSITANDO EM TERRE OU NAO, SEGURO DPVAT

PE Nº 011969985210 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOAO JOAQUIM DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguro.detransio.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

3TA M CAMBUCA-PE 2015 25/04/15

029.302.164-92 R1E0247

542713101 HONDA/CG 150 FAN FSI

2013 09 9C2KCI670DR037178

PREMIO TAFARIO

FNE (R\$) 00,00 FNE (R\$) 00,00 COTA DE PAGAMENTO

PREMIO TAFARIO (R\$) 00,00 COTA DE PAGAMENTO

PREMIO TAFARIO (R\$) 00,00 COTA DE PAGAMENTO

SEGURADORA LIDER - VOVAT

CNPJ 09.240.000/0001-04

www.seguradoralider.com.br

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
100% DO RISCO VERIFICADO
25 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 715 Lm 5
Gracas - Recife/PE



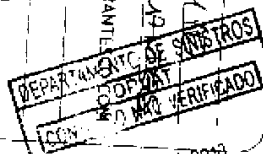
Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOSE CARLOS DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 28/10/18 CPF DA VITIMA 718140264
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A FREIRA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL (CUIO PARANTE) PAI
VITIMA E PAI
ENDEREÇO DO PORTADOR EURO JUDAO BATISTA
Nº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE SILVEIRINHA UF PE CEP 55750002
E-MAIL carlos.guedes1994@gmail.com TELEFONE (81) 96650454



MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS E OUTRAS (ORIGINAL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENTE DA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

DATA

NOME

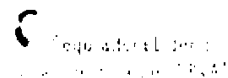
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

2018/07/28

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050382/20
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA
CPF: 718.140.264-10
CPF de: Próprio
Data do acidente: 28/10/2018
Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA
Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE CARLOS DA SILVA : 718.140.264-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



SURUBIM (PE) 18 DE FEVEREIRO 2020.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO REANALISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VITIMA JOSE CARLOS DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO INVALIDEZ

SINISTRO n. 3200061911

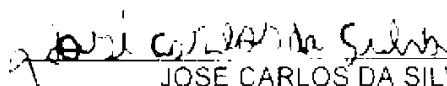
Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 28/10/2018, onde sofri FRATURA EXPOSTA EM MINHA PERNA DIREITA, FIZ CIRURGIA e todo tratamento medico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES. E não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela LIDER para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Lider fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Lider e receba a importância a que tenho Direito

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V Sª, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo



JOSE CARLOS DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200061911

Cidade: Santa Maria do Cambucá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 28/10/2018

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A -
VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE EXPOSTA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos
complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 9

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

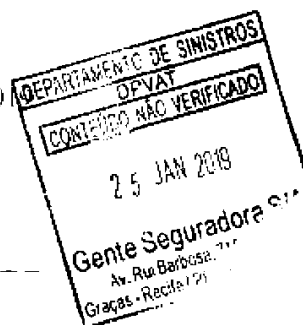
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE CARLOS DA SILVA, portador do RG nº 9.884.732 SDS/PE e CPF 718.140.264-10, brasileiro, alfabetizado, domiciliado e residente no Si Lagoa Doce Dois, 440, Marrecas, Santa Maria do Cambucá - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o Sr **EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 - SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE CARLOS DA SILVA**, portador do CPF 718.140.264-10, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **28/10/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE, 22 de JANEIRO 2019



OUTORGANTE:

Jose Carlos da Silva
JOSE CARLOS DA SILVA

[Assinatura]
[Assinatura]

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37471-201



Reconheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA SILVA, Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSMR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em [] testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, Escrevente autorizada.

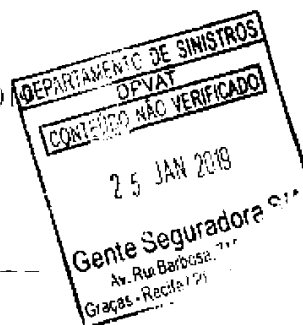
VRW01201901.00157 22/01/2019 11:03:09



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE CARLOS DA SILVA, portador do RG nº 9.884.732 SDS/PE e CPF 718.140.264-10, brasileiro, alfabetizado, domiciliado e residente no Si Lagoa Doce Dois, 440, Marrecas, Santa Maria do Cambucá - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o Sr **EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 - SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE CARLOS DA SILVA**, portador do CPF 718.140.264-10, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **28/10/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE, 22 de JANEIRO 2019



OUTORGANTE:

Jose Carlos da Silva
JOSE CARLOS DA SILVA

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SNR DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNS 15.950-
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 37471-201

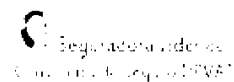


Reconheço por autenticidade a firma de JOSE CARLOS DA SILVA, Dou fé. Emol. R\$ 3,99. TSMR R\$ 0,80. Santa Maria do Cambucá-PE. Em ☒ testemunho da verdade, VANESSA LIS PEREIRA DA SILVA, Escrevente autorizada.

VRW01201901.00157 22/01/2019 11:03:09



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030458/19

Número do Sinistro: 3190067142

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 718.140.264-10

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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: 08/03/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019

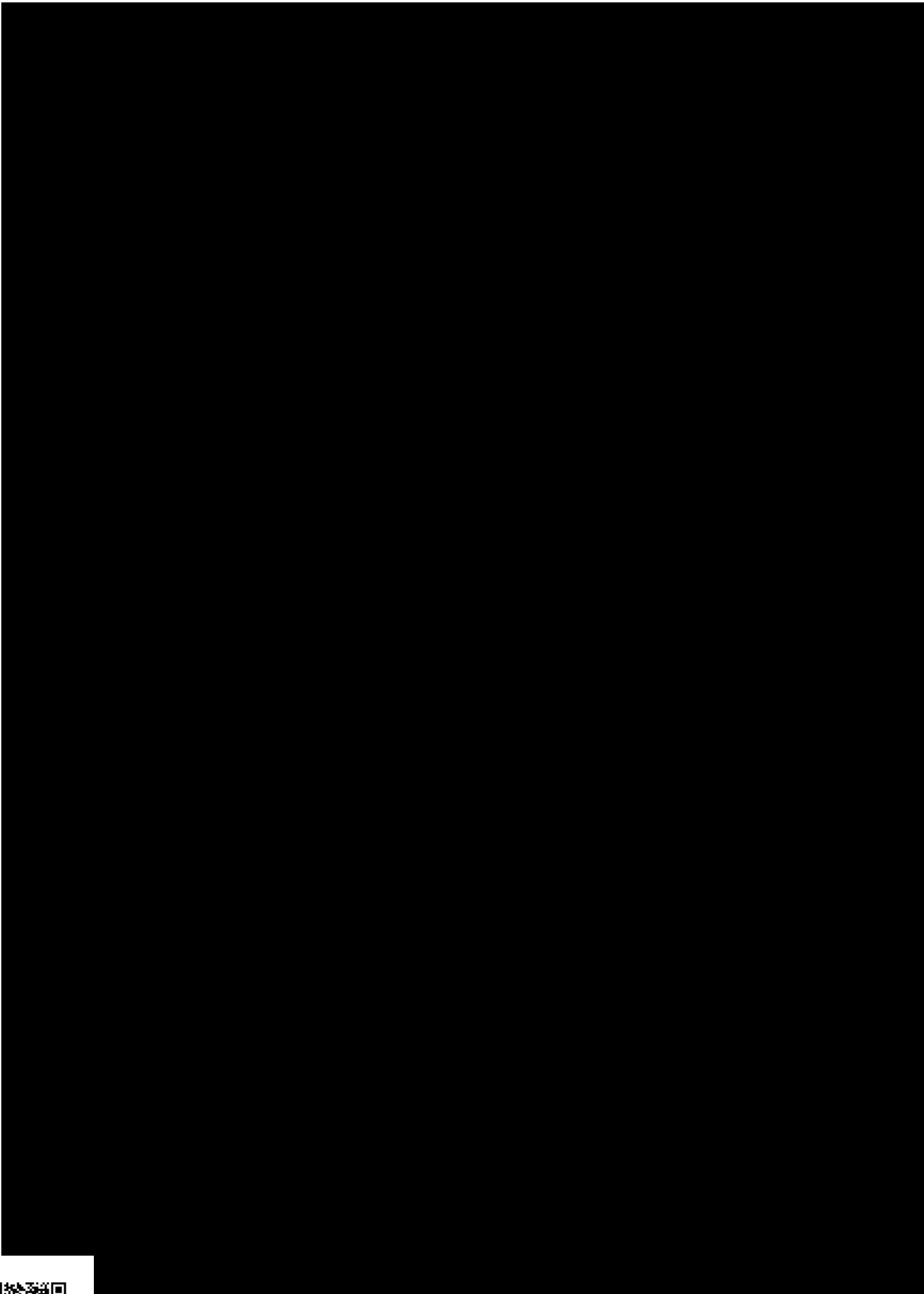
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

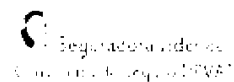
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0050382/20

Número do Sinistro: 3200061911

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do acidente: 28/10/2018

CPF: 718.140.264-10

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/02/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

