
Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190382909

Vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUNIOR JOSE 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

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190382909

Vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUNIOR JOSE 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: JUNIOR JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000021756-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: JUNIOR JOSE DA SILVA

Nº Sinistro: 3190382909
JUNIOR JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190382909**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

R# do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 112.536.994-27 Nome completo da vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO: REC.DAR SUSP. Nº 143/2012

Nome completo: JUNIOR JOSE DA SILVA CPF: 112.536.994-27

Profissão: REC. INF Endereço: SI. BAIXIO Número: 347 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA Estado: PE CEP: 55765-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECEBO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRAPESCO

AGÊNCIA: 0835 CONTA: 24756 5

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 12/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Júnior José da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: 17 JUN. 2019

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



529656

0204275/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0223000191

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/04/2019** às **14:38**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/3/2019** no período da **Noite**

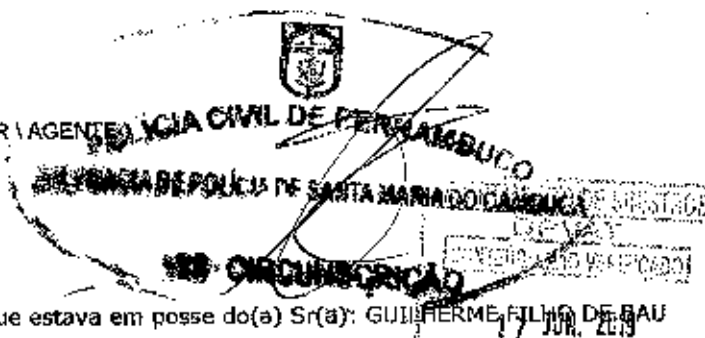
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO (AUTOR / AGENTE)
LAIZA MIRELI DO NASCIMENTO (TESTEMUNHA)
JUNIOR JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO**



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

JUNIOR JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUCIENE SANTANA DE LIMA Pai: JOSÉ MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: **22/9/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8987261/SDS/PE (RG), 14017405452 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 997462612**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 347, SÍTIO BAXIO, ZONA RURAL DE SANTA MARIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL.**

GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LAIZA MIRELI DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA EDINES DA TRINTADE DO NASCIMENTO Pai: MESSIAS SEVERINO DO NASCIMENTO Data de Nascimento: **16/10/1998** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESQ** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFJ5349** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **258656424** Chassi: **9K2KD0540BR504472**

Complemento / Observação

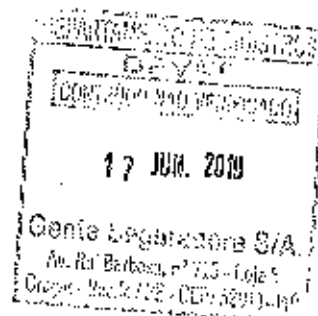
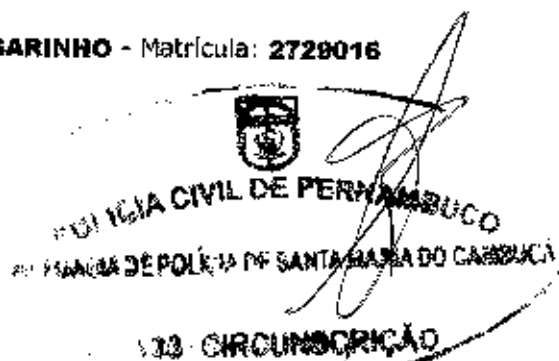
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE JUNIOR JOSE DA SILVA O QUAL INFORMA QUE NO DIA 08/03/2018 O MESMO TRANSITAVA NA ESTRADA DO SÍTIO BAXIO, JUNTAMENTE COM SUA ESPOSA LAIZA MIRELI DO NASCIMENTO, QUANDO UMA MOTOCICLETA, BROS CONDUZIDA POR A PESSOA CONHECIDA PELA VITIMA COMO GUILHERME FILHO DE BAU DO LAVA JATO DA ENTRADA DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ QUE VINHA ATRÁS DO MESMO COLIDIU, QUE APÓS O ACIDENTE GUILHERME LEVANTOU A MOTO E SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTA SOCORRO A VITIMA QUE APRESENTAVA UMA FRATURA EXPOSTA EM SUA PERNA DIREITA, QUE VITIMA FOI SOCORRIDA PARA HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE PARA HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU ONDE FOI SUBETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

Junior Jose da Silva

JUNIOR JOSE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE ELTHON DOS SANTOS SARINHO** - Matrícula: **2729016**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

R# do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 112.536.994-27 Nome completo da vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO: REC. INF Nº: 112.536.994-27

Nome completo: JUNIOR JOSE DA SILVA CPF: 112.536.994-27

Profissão: REC. INF Endereço: SI. BAIXIO Número: 347 Complemento: CASA

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA MARIA DO CAMBUCA Estado: PE CEP: 55765-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECEBO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRAPESCO

AGÊNCIA: 0835 CONTA: 24756 5

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 12/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Júnior José da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura
17 JUN. 2019

Assinatura de CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

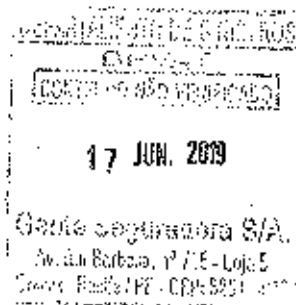
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JUNIOR JOSÉ DA SILVA
vítima de acidente de moto, portador(a) do
CPF: 12.536.944-27 RG: 8.987.261,
residente: Sítio Baixo
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/03/19, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, Henrique Soares do Nascimento de MARCO de 2019
Diretor de Recursos Humanos
CPF: 845.605.337-68

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS



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:

01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIOR JOSE DA SILVA

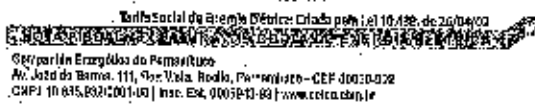
BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000021756-5

Nr. Autenticação

BRDESCO0107201905000000000023700835000000021756236250 PAGO

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

SI FAXIO 247

ZONA RURAL, STAMPA DO CADERNÃO
SANTA MARIA DO CAMBUCARI
85768-000

51 RESIDENCE
BARAFENDEY COMINS

050111887	UNICA	270307R
270307000	2012372652	0011117

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT	VALOR (R\$)
Consumo Acabado EF. 4/11	20,000000	0,13333310	

TOTAL DE FATURA

Nº DO RECEBOS	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		VALOR DIÁRIO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (LITROS)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0010666	3 - CAT	25-07-2018	478,00	27-07-2018	478,00	30	1,666		0,1

PERSONAL INFORMATION									
NAME	AGE	SEX	RELIGION	EDUCATION	OCCUPATION	INCOME	ASSETS	LIABILITIES	NET WORTH
JOHN DOE	31	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	32	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	33	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	34	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	35	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	36	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	37	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	38	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	39	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	40	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	41	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	42	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	43	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	44	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	45	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	46	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	47	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	48	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	49	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	50	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	51	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	52	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	53	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	54	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	55	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	56	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	57	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	58	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	59	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	60	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	61	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	62	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	63	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	64	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	65	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	66	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	67	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	68	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	69	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	70	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	71	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	72	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	73	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	74	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	75	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	76	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	77	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	78	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	79	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	80	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	81	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	82	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	83	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	84	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	85	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	86	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	87	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	88	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	89	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	90	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	91	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	92	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	93	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	94	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	95	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	96	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	97	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	98	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JOHN DOE	99	Male	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000
JANE DOE	100	Female	Catholic	High School	Unemployed	\$10,000	\$50,000	\$0	\$40,000

[illegible]

17 JAN. 2019

2010 Sept 13
10:00 AM
10:00 AM



Companhia Distribuidora de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE 51031-912
CNPJ: 06.835.930/0001-05 | Fone: 51 3025.5555 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
FABRILMA S/A - FARMACIA DA A. FERNANDES
RUA JOAQUIM DA SILVA 370
CENTRO, RECIFE - PE
51031-912

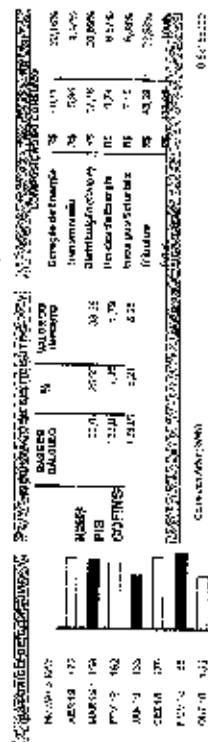
CPF: 045.334.414-04
CLASSIFICACAO
H. RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
1401423110 2011103008 37030018
1401423110 2011103008 37030018



QUANTIDADE PREÇOS VALOR (R\$)

Consumo Ativo (99%)	132,51	7.773,6003	132,51
Consumo Ativo (99%)	21,18		21,18
Consumo Ativo (99%)	3,31		3,31
Consumo Ativo (99%)	3,31		3,31

PROD	THOMA	ANTENNA	DATA	LISTRA	DATA	ATUAL	LOTURA	PRE	CONSTANTE	AJUSTE	OCCORRENCIA
PROD	THOMA	ANTENNA	DATA	LISTRA	DATA	ATUAL	LOTURA	PRE	CONSTANTE	AJUSTE	OCCORRENCIA
PROD	THOMA	ANTENNA	DATA	LISTRA	DATA	ATUAL	LOTURA	PRE	CONSTANTE	AJUSTE	OCCORRENCIA



PROD	THOMA	ANTENNA	DATA	LISTRA	DATA	ATUAL	LOTURA	PRE	CONSTANTE	AJUSTE	OCCORRENCIA
PROD	THOMA	ANTENNA	DATA	LISTRA	DATA	ATUAL	LOTURA	PRE	CONSTANTE	AJUSTE	OCCORRENCIA

RECIBO DE PAGAMENTO
R\$ 7.773,6003
R\$ 21,18
R\$ 3,31
R\$ 3,31

17 JUN. 2019

115-1015
2019

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 221206 (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/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem do 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 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JUNIOR JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944 / 27 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JUNIOR JOSE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944 / 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

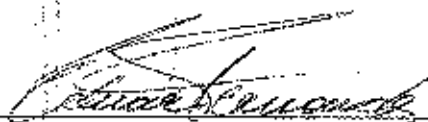
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOÃO 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>
E-mail <u>ALSEGURADOS1994@GMAIL.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 8133-5022</u>

SURUBIM, 12 de JUNHO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

RECEBUE
17 JUN. 2019

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 221206 (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/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem do 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 574.940.534 / 68,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JUNIOR JOSE DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 112.536.944 / 27, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JUNIOR JOSE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.536.944 / 27, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

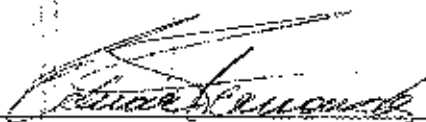
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOÃO 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>
E-mail <u>ALSEGURADOS1994@GMAIL.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 8133-5022</u>

SURUBIM, 12 de JUNHO de 2019

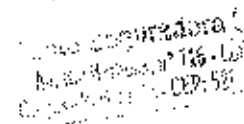
Local e Data



Assinatura do Declarante



17 JUN. 2019





PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

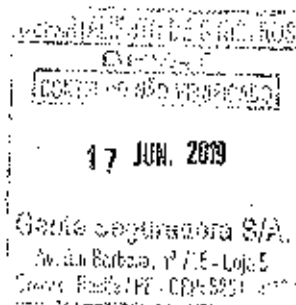
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JUNIOR JOSÉ DA SILVA
vítima de acidente de moto, portador(a) do
CPF: 12.536.944-27 RG: 8.987.261,
residente: Sítio Baixo
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/03/19, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, Henrique Soares do Nascimento de MARCO de 2019
Diretor de Recursos Humanos
CPF: 845.605.337-68

Henrique Soares do Nascimento
HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data:	8.3.19	Hora:	21:50	Registro:		
Nome:	Júlio César da Silva					
Endereço:	Rua Barão			Referência:		
Bairro:			Cidade:	S. N. e.		
Idade:	25a	Sexo:		Cor:		
Profissão:						
Responsável:						
Endereço do Responsável:					Fone:	
DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSADO						
ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐						
VEÍCULO:	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:						
PA: 102/90	FC:	Pulso:	Temperatura:	Humidade:		
Acidente automobilístico Fratura da tíbia exposta						
Hipótese Diagnóstica: fratura da tíbia exposta						
Procedimentos: lavagem da ferida, fixação com gesso, analgesia, hidratação						
Cód.: 3036-443						
Médico Responsável:						

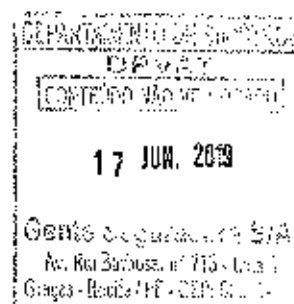


SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Junior José da Silva** ,com **Registro Hospitalar: 334924**, esteve **Interno** nesta **Unidade de saúde** no dia **08/03/2019 a 26/03/2019** . **OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.**



Caruaru 04 de abril 2019

09.794.975/0269-27
Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55.024.000

~~CONFIDENTIAL~~

Prontuário: 364924

Religião:

CNS:161884151060007

Nº: 0

Profissão:

Estado: PE

Acompanhante:

Motivo da Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico; MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

atrophied in me into
glory 15. Hence OK
to go & become for all.

Exame Físico:

as exp. final RA: 0.00 FR: 70

Diag. Provisório: *Hand: perone E Ap + 1*

Diag. Provisório:

Final cost 2205.6

Dr. Néstor Pereira de Barros
Ortopedia
CRM: 10560

Prescrição:

0512

Horário

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Wagner José da SilvaNº do Registro: 334824Clínica: Neurocirurgia

Nº do Leito

Operador: Hugo Silva1ª Assistente: Patricia Carvalho

2ª Assistente:

Instrumentador: Toni LuisAnestesiologista: André LimaAnestesia: Raqui

Duração:

Data da Operação: 09/03/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: fratura aberta de osso do membro esquerdaDiagnóstico Pós-Operatório: o mesmoOperação Proposta: tratamento cirúrgico de fratura aberta de osso do membro esquerdaOperação Realizada: A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

17 JUN. 2019

Gente Engenharia S/A,
Av. Rio Barbosa, nº 725 - Loja 5,
Craioá - Recife/PE - CEP: 52011-000

- ① Paciente em APV, sob anestesia
- ② Anestesia e Antimicrobiano mais administração de Campos Anticoagulantes
- ③ Ultrapassado ultrassom em membro esquerda
- ④ Ampliação de fratura em membro esquerda + localização de focos de fratura dos ossos esquerda
- ⑤ Ultrapassado fratura com inspeção em área de fratura com ossos esquerda
- ⑥ Campos cirúrgicos mantidos com furos peristópicos + curativos de campo + Hemostasia
- ⑦ Passagem de 2 fios de 30 em fratura de osso de fratura de osso esquerda, recando fratura em área de fratura com ossos de osso esquerda + redução, redução de fratura, com fratura de osso de osso esquerda - 4 - ossos em membro esquerda
- ⑧



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

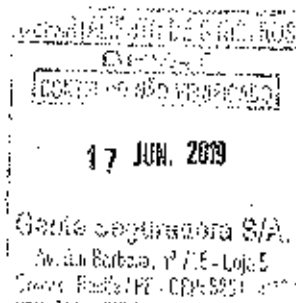
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o(a)
paciente JUNIOR JOSÉ DA SILVA
vítima de acidente de moto, portador(a) do
CPF: 12.536.944-27 RG: 8.987.261,
residente: Sítio Baixo
recebeu atendimento na Policlínica Santina Falcão no dia 08/03/19, onde
foram realizados os primeiros socorros pela equipe de plantão.

Santa Maria do Cambucá, Henrique Soares do Nascimento de MARCO de 2019
Diretor de Recursos Humanos
CPF: 845.605.337-68

HENRIQUE SOARES DO NASCIMENTO

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS





PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
Trabalhando com o povo

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Data:	8.3.19	Hora:	21:50	Registro:		
Nome:	Júlio José da Silva					
Endereço:	Rua Barão			Referência:		
Bairro:			Cidade:	S. M. C.		
Idade:	25a	Sexo:		Cor:		
Profissão:						
Responsável:						
Endereço do Responsável:					Fone:	
DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSADO						
ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐						
VEÍCULO:	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:						
PA: 102/90	FC:	Pulso:	Temperatura:	Humidade:		
Acidente automobilístico Fratura da tíbia exposta						
Hipótese Diagnóstica: fratura da tíbia exposta						
Procedimentos: lavagem da ferida, curativo, analgesia, encaminhamento para o hospital						
Cód.: 3036-443						
Médico Responsável:						



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Junior José da Silva** ,com Registro Hospitalar: **334924**, esteve Interno nesta Unidade de saúde no dia **08/03/2019 a 26/03/2019** . OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DR. V. F. FERREIRA
CONTROLE MÉDICO - AMBU
17 JUN. 2019
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lda. 1 Guaíba - RS - CEP 91200-000

Caruaru 04 de abril 2019

09.794.975/0269-27

Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000

~~CONFIDENTIAL~~

Prontuário: 364924

Religião:

CNS:161884151060007

Nº: 0

Profissão:

Estado: PE

Acompanhante:

Motivo da Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico; MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

atrophied in me into
glory 15. Hence OK
to go & become for all.

Exame Físico:

as exp. final RA: 0.00 FR: 70

Diag. Provisório: *Hand: perone E Ap + 1*

Diag. Provisório:

Final cost \$205.6

Dr. Néstor Pereira de Barros
Ortopedia
CRM: 10560

Prescrição:

0512

Horário

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Wagner José da SilvaNº do Registro: 334824Clínica: Neumotorax

Nº do Leito

Operador: Hugo Silva1ª Assistente: Patricia Carvalho

2ª Assistente:

Instrumentador: Toni LuisAnestesiologista: André LimaAnestesia: Raqui

Duração:

Data da Operação: 09/03/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: neumotórax espontâneo do pulmão esquerdoDiagnóstico Pós-Operatório: o mesmoOperação Proposta: tratamento cirúrgico do Neumotórax espontâneo do pulmão esquerdoOperação Realizada: A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

17 JUN. 2019

Gente Engenharia S/A,
Av. Rio Barbosa, nº 725 - Loja 5,
Craias - Ilhéus/PE - CEP: 52311-000

- ① Paciente em APV, sob anestesia
- ② Anestesia e Antimicrobiano mais administração de Campos elétricos
- ③ Ultrapassado Pulmonar em pulmão esquerdo
- ④ Ampliação do Neumotórax em pulmão esquerdo + localização de base de Neumotórax do pulmão esquerdo
- ⑤ Ultrapassado Neumotórax com Neumotórax em área de Pontilhão em pulmão esquerdo
- ⑥ Campos elétricos Neumotórax com Campos elétricos + punção de Neumotórax + Hemostasia
- ⑦ Passagem de 2 fios de 30 cm Neumotórax de área de Pontilhão de pulmão esquerdo, recando Neumotórax em área de Pontilhão em pulmão de pulmão esquerdo + redução, Neumotórax de Neumotórax, com Neumotórax de Neumotórax - 4 - 4 - 4 em pulmão esquerdo

三、臺灣省的教育行政

NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH

—CRIMINALS, VIOLENCE, MURDER, FERTILIZERS

03/27/2014 12:23 PM

2014年12月

M10-21:2006/13

00000000

20. 05X-07
20. 05X-07

7MCH=0.5A
7MCH=0.5A .H

W. A. BENDIS
TMCNENL

1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349</
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

Consumo: 2400 (90%)
 CUBA, IBERIA, FIBRA, SUDIPAL
 IBERIA SUBVERTIDA CUBA - 165 43951-070 / 7
 IBERIA SUBVERTIDA CUBA - 160747433-650718

CODE	PREQ(93)	VALUE(93)
000000	0000000000	136.51
000000	0000000000	27.18
000000	0000000000	3.31
000000	0000000000	0.87

2024-09-25-62

—

[illegible]

1. What is the main purpose of the document?

[illegible][illegible]

Cancer Type	Number of cases
Lung	100
Breast	250
Prostate	350
Colorectal	400
Stomach	500

8418 52
52
FARM HOUSE AT THE CORNER OF 1ST & 2ND STS. 1957

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Segundo a pesquisa, 73,3% dos respondentes afirmaram que não conheciam o termo "marketing digital", 11,1% disseram que conheciam, mas não sabiam explicar o que era, 11,1% afirmaram que conheciam e sabiam explicar o que era, e 5,6% afirmaram que não sabiam explicar o que era.

Journal of the American Statistical Association 93(464):1031-1040, 1998.
Copyright 1998 by the American Statistical Association
0162-1459/98/1031-1040\$05.00/0
DOI: 10.2307/2322000

THE

—

17 JUN. 2019

115-108
6201



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE 51031-912
CNPJ: 06.835.930/0001-05 | Insc. Est. 06.835.930 | www.celpe.com.br

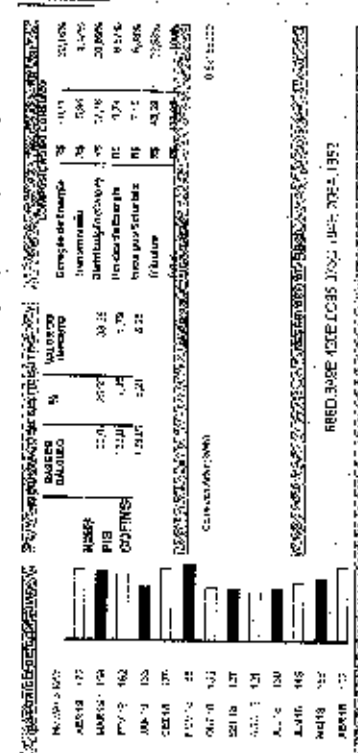
DADOS DO CLIENTE
FABRICA S/A - INDUSTRIA DE ALIMENTOS
RUA JOAQUIM DA SILVA, 100
CENTRO, RECIFE - PE
51031-912

CPF: 045.334.414-04
CLASSIFICACAO
H. RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
1401423110 2011103008 37030101
1401423110 2011103008 37030101

QUANTIDADE		VALOR (R\$)	
172	LUCILIAS	7.770,00	136,51
			21,18
			3,31
			0,87

Consumo: 1401423110
Consumo: 1401423110
Consumo: 1401423110
Consumo: 1401423110

PROD	TIPO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DETERMINACAO	ADJUSTE	OCORRENCIA
172	LUCILIAS	14/04/2011	14/04/2010	14/04/2011	172,10	172,10	



Sistema Polícia Ágil

[SAIR DO SISTEMA](#)

[CIVIL](#) [CRIMINAL](#) [CAPTURAS](#) [CARCERÁRIO](#) [PLACAS](#) [CELULAR](#) [INFOPOL](#)

[NOVA PESQUISA](#) > FICHA DO DETRAN

[GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

FICHA DO VEÍCULO

Situação: NORMAL

Placa: PFJ5349

Nome proprietário: JOSE MIGUEL DA SILVA FILHO

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: MOTOCICLETA

Espécie: PAS

Combustível: ALCO/GASOL

Marca / Modelo:

HONDA/NXR150 BROS ESD

Marca: HONDA

Cor: PRETA

Ano Fabricação:

Município: VERTENTES

Logradouro: SÍTIO LAGOA RASA S/N

Número:

Bairro: ZONA RURAL

Cep: 55770000

Complemento: CS

Chassi: 9C2KD0540BR504472

Restrição:

Renavam: 258856424

Licenciamento: R\$ 0,00

IPVA: R\$ 0,00

Seguro: R\$ 0,00

Bombeiro: R\$ 0,00

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

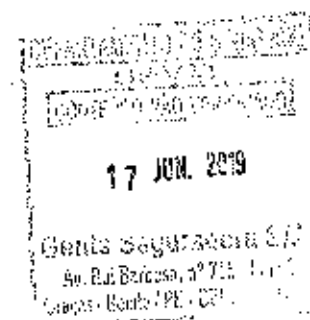
Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 0,00

Situação Bin: NORMAL



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JUNIOR JOSÉ DA SILVADATA DO ACIDENTE 08/08/2019 CPF DA VITIMA 112.636.994-23PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTANº 320 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE SILVANIA UF PE CEP 55350-000E-MAIL Afsegu@0800249940@yahoo.com.br TELEFONE (XX) 9665-0454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO 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 DE TRABALHO 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 04 (4) ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS☐ RECIBOS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO 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)

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 PREVISTA NA LEI 6.254/74.

• 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 3.092.003.850/PE

ASSINATURA

Eduardo José de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

SURUBIM - PE, 04 JULHO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: JUNIOR JOSE DA SILVA
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190382909

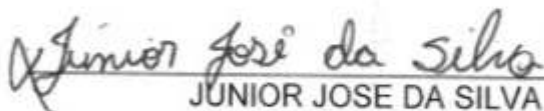
Prezado Senhor(a),

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 08/03/2019, TIVE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MINHA PERNA ESQUERDA, fui submetido a cirurgia, fiz todo o tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES. E sem que eu fosse avaliado em uma perícia médica designada por um médico da LIDER, liberaram para mim um valor muito inferior ao que tenho direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO, para que seja marcada uma perícia para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que eu ainda estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


JUNIOR JOSE DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190382909 **Cidade:** Santa Maria do Cambucá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIOR JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). PÁG 5

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JÚNIOR JOSÉ DA SILVA, portador da RG nº 8.987.261 – SDS/PE e CPF nº 112.536.944/27, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 22/09/1993, filho de: José Manoel da Silva e Luciene Santana de Lima, domiciliado e residente no Sítio Baixio, nº 347 – zona rural do município de Santa Maria do Cambucá(PE). Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procurador o **Sr. EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, casado, maior, funcionário público aposentado, portador da RG nº 3.092.028 – SDS/PE e CPF nº 574.940.534/68, domiciliado e residente na rua Manoel Alves de Moura, nº 64, bairro: Cabaceira – 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: JÚNIOR JOSÉ DA SILVA**, portador do CPF nº 112.536.944/27, o qual foi vítima do acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 08/03/2019, 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), 01 de abril de 2019.

OUTORGANTE:

Júnior José da Silva
JÚNIOR JOSÉ DA SILVA

SELO DE SANTA MARIA DO CAMBUCÁ-PE - CNB 15.950-94
Titular: RICARDO JOSÉ AMORIM CAMPOS
Telefone: (81) 31511-201

Reconheço por autenticidade a firma de JÚNIOR JOSÉ DA SILVA - Dou. Fé. Escrit. R\$ 3,99. TSNR R\$ 0,60. Santa Maria do Cambucá-PE. Em testemunho da verdade, ADEILSON GONZAGA SOARES, Substituto do Tabelião.

Selo: 0159509.VTS03201903.00084 03/04/2019 14:55:16
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

17 JUN. 2019
CENSA SEGURADORA S.A.
R. ... nº 115 - Lda S
... - CEP: 52061-000