



Número: **0000374-34.2019.8.17.3580**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE WILSON DA SILVA (AUTOR)		EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72268668	09/12/2020 15:55	Perícia médica	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILSON DA SILVA

Nº Sinistro: 3180191301

Vítima: JOSE WILSON DA SILVA

Data do Acidente: 30/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180191301**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12734933

Pag. 00815/00816 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILSON DA SILVA
Nº Sinistro: 3180191301
Vítima: JOSE WILSON DA SILVA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180191301**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00813/00814 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12766254



Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILSON DA SILVA

Sinistro: 3180191301
Vítima: JOSE WILSON DA SILVA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180191301** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 00879/00980 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12890370



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Carta nº: 12985647

A/C: JOSE WILSON DA SILVA

Nº Sinistro: 3180191301
Vitima: JOSE WILSON DA SILVA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE WILSON DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 000005181-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 37.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37.5% de 10%) 3,75%

Valor a indenizar: 3,75% x 13.500,00 =	R\$	1.012,50
--	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01375/01376 - carta_15R - INVALIDEZ

00020688





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEI



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Wilson da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 7.583.037 EXPEDIDO POR SBS - PC EM 18/05/2004
 CPF 03959736473 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO seguro
 E RENDA MENSAL DE R\$ recuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Wilson da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susap nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS) -

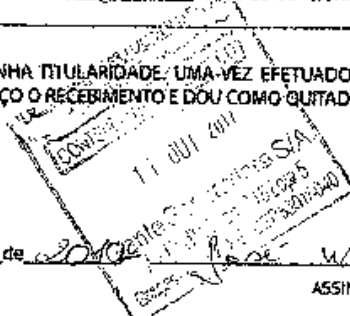
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0054 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5184-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Probita 06 de Outubro de 2004 Jose Wilson da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

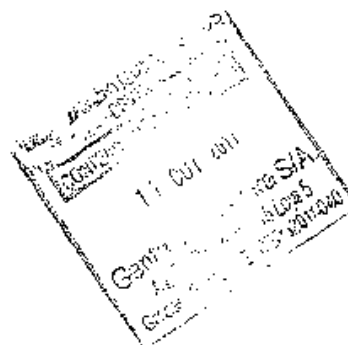


ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

— para o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.







Seguradora Líder DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SE

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, por Wilson da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 7.583.037 EXPEDIDO POR SBS-PE EM 18/05/2004 E
 CPF 03959736473 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO recus
 E RENDA MENSAL DE R\$ recus (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VITIMA por Wilson da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susup nº 443/2012, que trata da prevenção e evasão de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados ~~não devem~~, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Fundos;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 923 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberto em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta de demanda, ativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima irregular ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também ~~não devem~~ ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0084 N° da CONTA (com dígito, se existir) 5484-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior de 2004
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





ASL-0398964/17

marta.santos

26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17

marta.santos

26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17

marta.santos

26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17

marta.santos

26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17

marta.santos

26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17

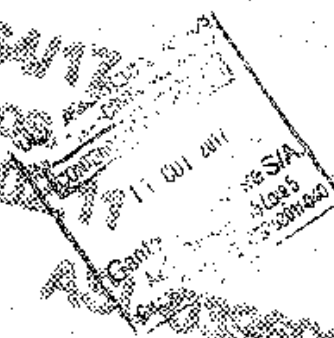
marta.santos

26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17

marta.santos

26/04/2018 14:02:11





396223



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 051ª CIRCUNSCRIÇÃO - VICÊNCIA -
DP51ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0141000446

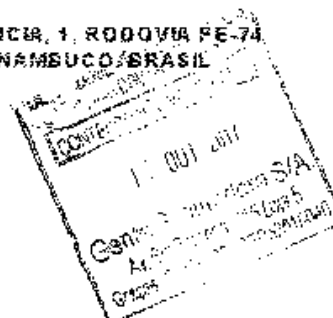
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/09/2017 às
10:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 30/7/2017 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE VICÊNCIA, 1, RODOVIA PE-74
VICÊNCIA-PE - Bairro: CENTRO - VICÊNCIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O MESMO (AUTOR/AGENTE)
ALESSON ROBERTO DE SOUZA SILVA (OUTRO)
JOSÉ WILSON DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na peração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSÉ WILSON DA SILVA

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

JOSÉ WILSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA
Pai: GENILSON ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 22/3/1967 Naturalidade: VICÊNCIA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7923037/303/PE (RG), 07499736473 (CPF) Escolaridade: 2ª,
GRAU COMPLETO Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares:
- 98550937

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE VICÊNCIA, 1, SÍTIO TURASSU 14 - VICÊNCIA-PE - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - VICÊNCIA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ALESSON ROBERTO DE SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE VICÊNCIA, 1, SÍTIO TURASSU VICÊNCIA-PE - CEP: 0 - Bairro:
CENTRO - VICÊNCIA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

25/9/2017 10:30

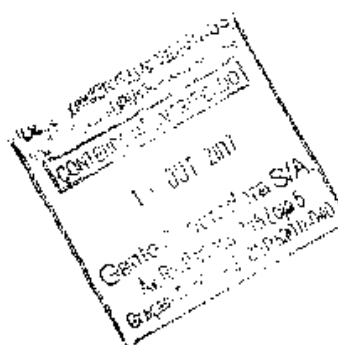


Placa: PF31552 (PERNAMBUCO/VIGENCIA) Rensvam: 283646843 Chassi: 9C2H80210BR413237
 Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: GASOLINA

A VITIMA RELATA QUE SEGUIA QUANDO O VEICULO EM TELA NA RODOVIA PE-74 EM DIREÇÃO A SUA RESIDENCIA, NESTE MUNICIPIO, NO SENTIDO MURUPÉ/TURMASSU, QUANDO DERRAPOU COM A MOTOCICLETA EM AREIA QUE FOI DESLOCADA DE UM BARRANCO ATÉ A RODOVIA APÓS CHUVAS. DECLARA QUE AO DERRAPAR VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VINDO A CAIR AO CHÃO LESIONANDO SUA MÃO ESQUERDA, PERDENDO PARTE DO DEDO MINIMO E LESIONANDO AINDA TENDÕES DE OUTROS DOIS DEDOS DE SUA MÃO. APÓS O ACIDENTE A VITIMA FOI SOCORRIDA ATÉ A UNIDADE MISTA LOCAL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM JACARAÍTO DO GUARARAPES.

JOSE WILSON DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: **CRISTIANO DE ARAUJO RODRIGUES** - Matrícula: 220814-8



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



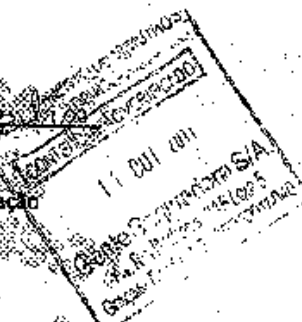
Eu, João Wilson da Silva, portador da carteira de identidade nº 1583.033, e inscrito no CPF/ME sob o nº 074.627.364-73, residente e domiciliado na Rua Turigara nº 14, Jm. Marçal, Cidade Aracaju, Estado Alagoas, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

João Wilson da Silva
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Aracaju, 06/10/17
Local e data



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA



Sec. Municipal de Saúde

PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N° 18431

Em, 30 de julho de 2017 Hora: 15:00

☐ Consulta Simples
☐ Consulta

Nome: Wilson da Silva

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

DN: 22/03/87

Idade: 30

Estado Civil: -

Endereço: Logradouro

Cidade: Vicência

Fone: -

Cartão do SUS: -

Filiação: M^{te} Lílian da Silva

Queixa Principal: Doença infecciosa de origem microscópica há 15 dias
oprimindo dor no abdômen + febre de 38,5°C

Exame Físico: sem febre

Pressão Arterial = X

Temperatura = -

Oximetria = -

HGT = -

Prescrição Médica:

plano de tratamento para ementa e controle
sem 700 - gorgoulentos
funcionando ao longo do abdômen
1) metformina
2) ampicilina
3) bnt 500ml
4) nifedipina
5) clonitazep 2g 10/100

Assinar de Enfermagem

Médico

Dr. Jorge Roberto Fernandes Carvalho

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
26/04/2018 13:42:45

26/04/2018 13:42:45



ASL-0386064/17
maria.santos
26/04/2018 13:42:45

ASL-0386064/17
maria.santos
26/04/2018 13:42:45

ASL-0386064/17
maria.santos
26/04/2018 13:42:45



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/06/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000005181-7

Nr. da Autenticação 63524D37EA87EE1B



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, José Wilson da Silva

RG nº 7.583.037, data de expedição 18/05/04, Órgão SDS/PE

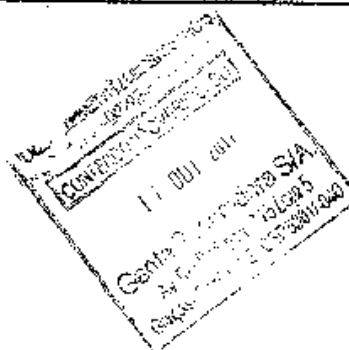
CPF nº 074.597.364-73, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila Turianum</u>
Número	<u>14</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>zona Rural</u>
Cidade	<u>Vicência</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55850-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9163-6662 (81) 9-9916-7948</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Trinidade 06/10/17

Assinatura do Declarante: José Wilson da Silva





Carta Social de Emissão: Criei pela Lei 10.405 de 20/03/02
Companhia Saneamento de Pernambuco
Av. João Batista, 111, São João, Recife, Pernambuco - CEP 50000-000
CNPJ 10.838.832/0001-08 | Fone: 0800-040-009 | www.celpe.com.br

CPF 425 804 504-00

GENILSON ANTONIO DA SILVA

ESTADUAL DA LINDA VI CONDOMINIO
VI TURASSU 14

SONA RURAL VICENCIA VICENCIA RURAL
VICENCIA PE
63950-000

09/2017

31 RESCISAO
RESCISAO
Rescisao

01280608

01280608

12/08/2017

09/2017

4008832113

09/2017

20/08/2017

13/10/2017

09/2017

101,75

Desconto Abaixo (10%)
Desconto Bônus AMARELA
Desconto Bônus VERMELHA
Desconto Bônus PÁSSO
Abaixo por sistema-PF 001328202 - 14/08/17
Abaixo por sistema-PF 001328202 - 14/08/17
Abaixo por sistema-PF 001328202 - 14/08/17

CONTRATO	PARCELA	VALOR
128.000.000	0,7916022	98,92
		1,07
		2,16
		4,00
		1,05
		0,00
		0,00

TOTAL DA FATURA

NO	TIPO DA PARCELA	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
100	OUT	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017

CONTRATO	PARCELA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA
128.000.000	0,7916022	98,92	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017

Resumo da Fatura e do Pagamento

CONTRATO	PARCELA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA
128.000.000	0,7916022	98,92	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017	14/08/2017

170000001-0 01750011004-7 00883211310-8 09147111333-0





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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Edmundo F. G. Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.235.444/32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Wilson da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.597.364/73 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima José Wilson da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.597.364/73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

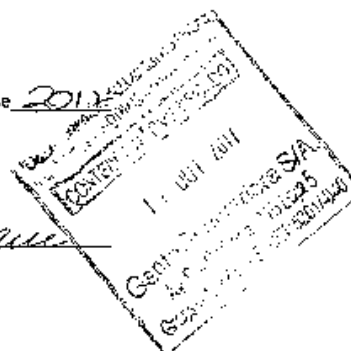
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Geraldo Ferreira Lima</u>		Número <u>127</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Timbaúba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55870-000</u>
Email <u>Edpvat@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 93167948</u>

Timbaúba de Outubro de 2012
Local e Data

Edmundo F. G. Ferreira
Assinatura do Declarante



DLDR01.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/1



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 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 Felipe de S. G. F. Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 045.335.444-32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Wilson da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 074.597.364-73 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da vítima José Wilson da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 074.597.364-73 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
Rua Geraldo F. F. Lima	127	Casa
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55870-00
Cidade	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
Timbaúba		(81) 97167948
Email		
elgipant@hotmail.com		

Timbaúba, 06 de Outubro de 2016
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





Declaração do Proprietário do Veículo

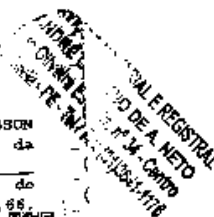
Eu, Alexsandro Roberto de Souza Silva,
RG nº 7808236, data de expedição 28/11/2006
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 075.159.144-08, com
domicílio na cidade de Aricência, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Vila Turismu, Zona Rural, nº 511,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Wilson da Silva, cujo o condutor era
José Wilson da Silva.
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda Pop 100
Ano: 2011
Placa: PEJ 1552
Chassi: 9C2HB0210BR 413237
Data do Acidente: 30 de julho de 2017
Local e Data: Pernambuco, 06/10/17

Alexsandro Roberto de Souza Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS
Titular: ANDRÉ CESÁRIO DE ALBUQUERQUE NETO
Telefone: (81) 36411-176

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de: ALEXSANDRO
ROBERTO DE SOUZA SILVA. Em testemunho da
verdade; dou fé. Vigência: 10/10/2017
Maria Rosenilda de Lima Silva - Substituta do
Tabelião e Oficial. Emolumentos R\$ 3,29, TRNS R\$ 0,66.
total R\$ 3,95.
Selo: 0076786-ORQ08201701.02120 05/10/2017 09:26:12
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



0150025/18



** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Dr. Wilson de Sá
 Reg.: 11634102 Ent.: Leito:

DATA DE ENTRADA: 31/4/12 DATA DE SAÍDA: 04/5/12

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

Artrite crônica do m. E
CS de 1
Lesão tendão 2º e 9º

DIAGNÓSTICO FINAL

excluso
Não realizou cirurgia
(tendência para)

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

para com seguimento

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE:

PARA CONTROLE EM 1/1

Dr. Maurício Vasconcelos
 CRM 10.452
 Ortopedia - Acupuntura

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

105-HGOF



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

06R-41

Jose Wilson da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.583.037

DATA DE EXPIRAÇÃO 18/05/2004

NOME << JOSE WILSON DA SILVA >>

FILIAÇÃO << GENILSON ANTONIO DA SILVA >>

<< MARIA LUCIA DA SILVA >>

NATURALIDADE PE

DATA DE NASCIMENTO 22/03/1987

VICÊNCIA

CNPJ CN 19636 L/A 18-37 V-CART VICENCIA-PE 14-08-1987 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/06/03



MINISTÉRIO DA DEFESA

CERTIFICADO DE DISPENSA

DE INCORPORAÇÃO

21ª C-S M/4ª DEL

RA +21036 204557-2

JOSE WILSON DA SILVA

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

FILIAÇÃO GENILSON ANTONIO DA SILVA

NOME MARIA LUCIA DA SILVA

DATA NASC 22.03.87

NATURALIDADE VICENCIA-PE.

Dispensado do Serviço Militar total em 01 AGOSTO 2005.

Ter Sido Incluído no Excesso de 04 Contingente S.L. da Data PE, 20.09.05

Assinatura do Diretor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR JOSE WILSON DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 22/03/1987

Nº DE REGISTRO 0698 0212 0825

ZONA 093

SEÇÃO 0003

MUNICÍPIO DE VICÊNCIA/PE

DATA DE EMISSÃO 03/05/2017

ASSINATURA DO ELEITOR

POLEGAR DIREITO

Jose Wilson da Silva

ASSINATURA DIGITAL DO ELEITOR



Num. 72268668 - Pág. 21

Director, Cincinnati: DETROIT/DE

Ca Seguro DPVAF S/A
CNPJ 09.248.808/0001-14

[illegible]

Keywords:

[illegible]

Quiladora Lida dos Condições do Seguro DPVAT S/A
 IPJ: 09.243.508/0001-04
 R Senador Dantas, 74 - 8º andar
 Rio de Janeiro
www.seguredorall.com.br

WOMAN OF THE YEAR

REPRODUCED FROM

IPVA - 34 COYA

AUTENTISACIJE

WONG, JEFFREY D.

WOLFE

IPVA - 3ª COTA DE COTA DUELA

ATHYAS DE TRANSPORT

ENCLOSURE DO NOT HAVE



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180191301 **Cidade:** Vicência **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILSON DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO + FRATURA COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO + TRAUMATISMO ABERTO COM LESÃO DE TENDÃO NO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO LEVE DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO (FLEXÃO) DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
LIMITAÇÃO EM GRAU MÉDIO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO (EXTENSÃO E FLEXÃO) DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO 2º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO - FEZ FISIOTERAPIA 20 SESSÕES.
ALTA EM 18/09/2017

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/06/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: LUCIANO ALVES VERAS

CRM do médico: 8505

UF do CRM do médico: PE

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 37,5 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180191301

Nome do(a) Examinado(a): JOSE WILSON DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): VILA TURIASSU, 14 - Vicência/PE - CEP
55850-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 7583037 - SDS/PE - 18/05/2004

Data e Local do Acidente : 30/07/2017

Data e Local do Exame : 06/06/2018 RUA DOS MARTÍRIOS, 201 -
GOIANA/PE - CEP 55900-000

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

FRATURA COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 4º QUIRODÁCTILO
ESQUERDO

TRAUMATISMO ABERTO COM LESÃO DE TENDÃO NO 2º QUIRODÁCTILO
ESQUERDO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO 2º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

FEZ FISIOTERAPIA 20 SESSÕES

ALTA EM 18/09/2017

EVOLUIU COM AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO,
LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 2º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDO.

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

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO
ESQUERDO

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTOS DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO 4º
QUIRODÁCTILO ESQUERDO

AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

CICATRIZES LOCAL.

SEM EDEMA.

**IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não**



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

AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
LIMITAÇÃO DO MOVIMENTOS DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO 4º
QUIRODÁCTILO ESQUERDO, POR LESÃO TENDINOSA
LIMITAÇÃO DO MOVIMENTOS DE FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO
ESQUERDO, POR LESÃO TENDINOSA

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

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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




D. Luciano Alves Veras
CRM: 8505
Médico do Trabalho

LUCIANO ALVES VERAS CRM : 8505 / UF :PE



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

Jose Wilson da Silva, brasileiro, RG numero 7583.077,
CPF nº 074.597.364-73, residente na R. G. da Figueira,
Proc. Rural Glaciane - PE.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado,
RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua
Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 06-10-2017

Jose Wilson da Silva

RECONHEÇO

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTROS
Titular: ANDRÉ CESÁRIO DE ALBUQUERQUE NETO
Telefone: (81) 36411-176

Reconheço a firma por AUTENTICAÇÃO de: JOSE WILSON DA SILVA. Em Testemunho (10) da verdade; deu fé. Vicência: Marinela Maria Rosenilda de Lima Silva Substituta do Tabelião e Oficial. Emolumentos R\$ 3,29, TRNS R\$ 0,66, total R\$ 3,95.

Selo: 0076786.AFA09201701.01924 25/09/2017 10:55:46
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

Jose Wilson da Silva, brasileiro, RG numero 7583.017,
CPF nº 0.74.597.364-73, residente na Vila Guaraná,
Rua Rivaldo Ruente - PE.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado,
RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua
Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina,
denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o
outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro
geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa
relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos
os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento,
especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de
benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do
mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 06-10-2017

Jose Wilson da Silva

RECONHECO

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS
Situado: ANÍSIO CORREIA DE ALBUQUERQUE NEBO
Telefone: (51) 36411-176

Reconheço a firma por AUTENTICAÇÃO de: JOSE WILSON da
SILVA, Em Timbaúba, PE, da verdade; dou
Visto: Maria Rosalinda
da Silva, Substituta do Tabelião e Oficial.
Emolumentos R\$ 3,29, TMS R\$ 0,66, total R\$ 3,95.

Selo: 0074786-AR409205701.01924 25/09/2017 10:55:46
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/validadigital

