
Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200287101

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 25/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE 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, contados 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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200287101

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Data do Acidente: 25/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 037.551.834-71 4 - Nome completo da vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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

5 - Nome completo: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA 6 - CPF: 037.551.834-71
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: Rua das Hortênsias 9 - Número: 344 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM BELA VISTA 12 - Cidade: ITAMBÉ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81997029641

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0877 CONTA: 8586 4 AGÊNCIA: CONTA: (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.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itambé, 09 de agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0139000486

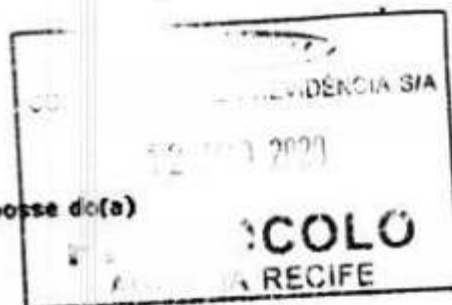
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/08/2020 às
12:27

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 26/7/2020 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAMBÉ, 1 - Bairro: CENTRO -
ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **NA ESQUINA DA
PRAÇA DO SKATE**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: **MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS** Pai: **JOSE ANTONIO DOS SANTOS**
Data de Nascimento: **26/6/1973** Nacionalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA HORTENCIAS, 344 - CEP: 8 - Bairro: JARDIM BELA VISTA -
ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em
posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**QUEIXA-SE A VÍTIMA QUE ENQUANTO CAMINHAVA EM VIA PÚBLICA FOI
ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE CONDUTOR E PLACA NÃO**

Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

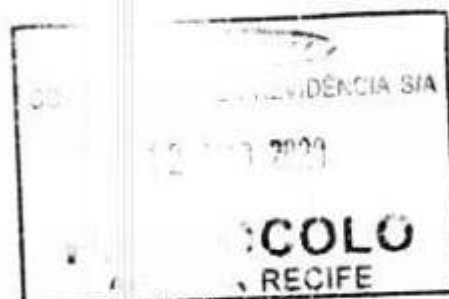
IDENTIFICADOS. A VITIMA INFORMOU QUE NO MOMENTO DO FATO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA EQUILIBRAVA-SE APENAS EM UNAS DAS RODAS DA MESMA, VINDO ASSIM A PERDER O CONTROLE E ATROPELAR A VITIMA. A VITIMA NÃO FORNECEU MAIORES INFORMAÇÕES A RESPEITO DO OCORRIDO, DECLARANDO QUE NO MOMENTO DO FATO CAIU NO CHÃO E NÃO CONSEGUIU VISUALIZAR MAIS NADA, SENDO EM SEQUIDA LEVADA POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL, DE ONDE FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL NA CIDADE DE GOIANA-PE, DE ONDE NOVAMENTE FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES NA CIDADE DE PAULISTA-PE

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

Ivanete Maria Araujo Freire da Silva

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: HILBERTO FERNANDES A. DA COSTA - Matrícula: 2737272



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 037.551.834-71 4 - Nome completo da vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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

5 - Nome completo: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA 6 - CPF: 037.551.834-71
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: Rua das Hortênsias 9 - Número: 344 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM BELA VISTA 12 - Cidade: ITAMBÉ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55920-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81997029641

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0877 CONTA: 8586 4 AGÊNCIA: CONTA: (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.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itambé, 09 de agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**DADOS DO CLIENTE**

Cidade: MONTA ARAUJO

UF: RJ

CLASSIFICAÇÃO

Residencial

17/05/2020

14/05/2020

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Consumo de Energia Elétrica
Consumo Mensal
Consumo Mensal
Consumo Mensal

QUANTIDADE	VALOR	UNIDADE
1.000,00	1.000,00	kWh
1.000,00	1.000,00	kWh

TOTAL DA FATURA

97,44

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

ANO	TIPO DA FATURAÇÃO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
2019	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

ANEXO	TIPO DA FATURAÇÃO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
2019	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

ANEXO	TIPO DA FATURAÇÃO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
2019	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

ANEXO	TIPO DA FATURAÇÃO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
2019	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

ANEXO	TIPO DA FATURAÇÃO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
2019	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

ANEXO	TIPO DA FATURAÇÃO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
2019	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

ANEXO	TIPO DA FATURAÇÃO	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
2019	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

PREVIDÊNCIA SIA

2019

COLO RECIFE

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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

Teogo Benedito Figueira Corrêa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 088445514-20 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Transte Maria Angra Fina de Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.551.834/73

do sinistro de DPVAT cobertura TWALIBZ da Vítima _____

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Santo Antônio</u>	Número: <u>35</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itambé</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55920-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data:

Itambé 09 de Agosto de 2020

Assinatura do Declarante

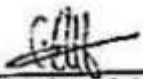


DECLARAÇÃO

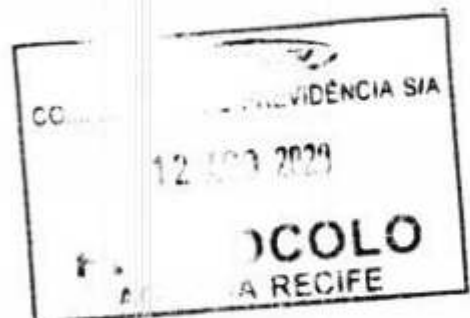
Rede Bairro

Para fins de comprovação, declaramos que a Sra. IVANETE MARIA ARAÚJO FREIRE DA SILVA, inscrita no CPF nº 037.551.834-71 e portadora do RG de nº 9.828.461, vem efetuando compras entre o valor de R\$ 200,00 e R\$ 600,00 mensalmente, nesta empresa ABM DROGARIAS LTDA - ME, inscrita no CNPJ nº 18.913.697/0001-57, localizada na RUA JOSÉ VICENTE BARBALHO, 11 - CENTRO - ITAMBÉ-PE, desde o período de agosto de 2019 até a atual data.

Itambé, 28 de agosto de 2020


ABM DROGARIAS LTDA - ME
CNPJ: 18.913.697/0001-57
FONE: (81) 3635-2418

ABM DROGARIAS LTDA - ME
18.913.697/0001-57
R. JOSÉ VICENTE BARBALHO, 11
CENTRO - ITAMBÉ-PE
CEP: 55920-000



Abm Drogarias LTDA - ME
Rua José Vicente Barbalho, 11 - Centro - Itambé-PE, CEP 55.920-000
Tel: (81) 3635-2418, E-mail: fredebairro@gmail.com



NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 47 SEXO: F

DATA NASC.: 26/06/1973

REG: 71917

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020 DATA DA ALTA: 27/07/2020

ATESTADO MÉDICO

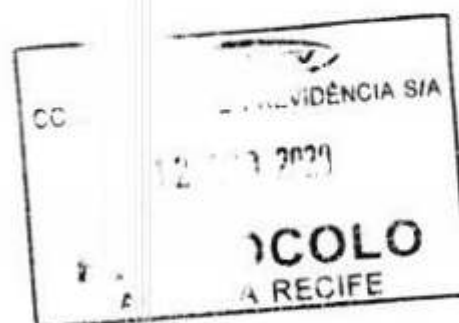
Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) **IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA** foi atendido (a) neste serviço no dia **25/07/2020** necessitando de **60(SESSENTA)** dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID. M: 86.6

Renata Fonseca
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 22394

Médico

Paulista, 27/07/2020





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente
Nome Completo: _____	020471
CRME: _____ UF: _____ Nº _____	
Endereço Completo e Telefone: _____	

Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: Marcelo Maria Souza

Endereço: _____

Prescrição: Tramadol 50mg - 026
Tramadol 50mg 8/8h
anda

Identificação do Comprador
Nome: _____
Ident: _____ Órgão Emissor: _____
End: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

Renata Fonseca
Cirurgiã Dentista
CRM-PI 22394

Médico

COLO
RECIFE

Assinatura do Farmacêutico Data 27/07/20


NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

Nº 000 8144 B

Data 31/01/2020

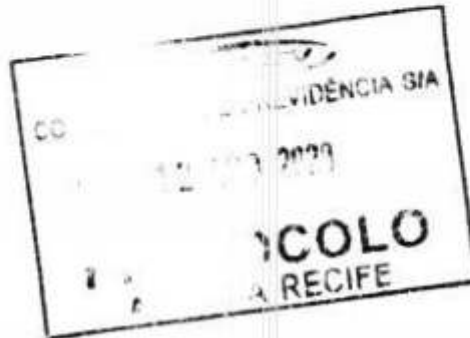
Dr. Valdeir Carvalho
CRM nº 13.377

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
 ITAMBÉ Fundação Municipal de Saúde de Itambé Rua José de Castro nº 64 - Centro - Itambé PE CEP: 55.417-000/001-47 CNPJ: 20.311.893/0001-42	
Paciente: <u>Ysente Maria de Araújo da Silva</u> Endereço: <u>R. das Hortênsias, 394</u>	
Assinatura do Emisor: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome do Vendedor: _____ Data: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____ Endereço: _____ Ident. nº: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome do Vendedor: _____ Data: _____	

FINE Gráfica - J. L. A. QUEIROZ - ME - Rua José de Castro, 18 - Itambé - PE - Fone: (51) 3631.2395 - CNPJ: 04.251.893/0001-42 - Ins. 027.8807-19
 00 Bloco 90-1 - de 07801300 a 07804300 - Aut. VISA nº 200487002 em 06/07/2020



NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 47 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020

DATA NASC.: 26/06/73

REG: 71917

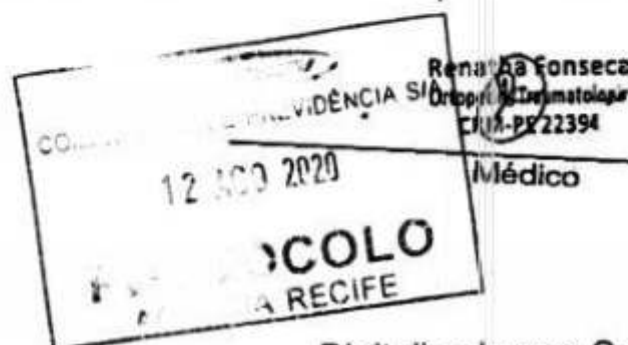
DATA DA ALTA: 27/07/20

Declaração

- Declaro para os devidos fins que
Ivanete Maria Freire da Silva
foi submetida a tratamento cirúrgico
de fratura 1/3 distal de rádio e por
ter sofrido um abalo momentâneo no dia
25/07/2020, a paciente foi encaminhada
para nosso atendimento aqui em
unidade hospitalar Miguel Arraes
sendo atendida com urgência
e após analise se querendo de fortes
dores em seu punho tocando, tendo
em vista as lesões dos tendões e fratura
a mesma está impossibilitada a qualquer
atividade laborativa.

CID: M86,6

07/08/2020





ITAMBÉ
PREFEITURA SEMPRE COM VOCÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47

Nº Cartão SUS 40121015101101414 7116 Data de Nascimento: 26/06/73

Nome de Paciente: IVANETE M. ARAUJO FREIRE ^{PASSIVA} Sexo: F Raça: Pardo

Estado Civil: CASADA Nome da Mãe: M. TEREZ A. DOS SANTOS

Endereço: R. DAS HORTÊNCIAS n° 344 Bairro: JBVT

Cidade: ITAMBÉ CEP: 55920000 PSF: 1.662464

Data do Atendimento: 08/08/20 Hora da Chegada: 12h36 min.

Pré - Consulta: P.A. 56x30 PESO: PULSO: 102 TEMP: 36.6 GLICEMIA:

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente chee entorpecido com relato de cefaleia e dor no membro superior esquerdo
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
() Vermelha () Amarela () Verde () Azul

ENFERMEIRO DA TRIAGEM: devido a uma lesão provocada por um acidente. SPO2: 98%. Paciente hipertensa.
Assinatura: IZABELLA RABELO S. RAMOS
COBRER 405589

QUEIXAS/DIAGNOSTICO: EXAMES COMPLEMENTARES:

TRATAMENTO: Acetaminofeno
COLOMÉDIA PREVIDÊNCIA S/A
12/03/2020

DIAGNÓSTICO: PROCEDIMENTO 01: 0301060004 ☐ PROCEDIMENTO 03: RECIFE
PROCEDIMENTO 02: 0301100012 ☐ PROCEDIMENTO 04:

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA
2 - INTERNADO

ENCAMINHADO: REMOVIDO:
ÓBITOS ÀS: MIN DO DIA: / /

DATA SAÍDA: / / HORA DA SAÍDA: H. MIN.

Ivanete Maria Araújo Freire da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável
Dante Gonçalves do Carmo
Clínica Médica / Cardiologia
CRM-PB 9772 / PE 23486
Assinatura / Carimbo CRM



ITAMBÉ
PREFEITURA SEMPRE COM VOCE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47 anos
Nº Cartão SUS 71014205100104414116 Data de Nascimento: 26/06/73
Nome de Paciente: Francisca da Silva Sexo: F Raça: P
Estado Civil: casada Nome da Mãe: Marcelina da Silva
Endereço: R. das Antilhas nº 344 Bairro: J. B. Costa
Cidade: Itambé CEP: 55920000 PSF: Dr. Gurgel
Data do Atendimento: 25/07/2020 Hora da Chegada: 15 h 26 min.

Pré - Consulta:	P.A.	PESO:	PULSO:	TEMP.	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL: <u>dores no tórax</u>			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Vermelha () Amarela () Verde () Azul		
ENFERMEIRO DA TRIAGEM: <u>[assinatura]</u>			Assinatura/Carimbo		
QUEIXAS/DIAGNOSTICO:			EXAMES COMPLEMENTARES		
TRATAMENTO: <u>Aspirina 100mg + ADE</u> <u>2x Tildiyd 150mg + ADE</u>					
DIAGNÓSTICO: <u>Infarto agudo do miocárdio</u>			PROCEDIMENTO 01: 0301060061 <input type="checkbox"/>		PROCEDIMENTO 03:
			PROCEDIMENTO 02: 0301100012 <input type="checkbox"/>		PROCEDIMENTO 04:
MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO			COVID-19		
ENCAMINHADO:			REMOVIDO:		
ÓBITOS ÀS: <u> </u> MIN			DO DIA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		
DATA SAÍDA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		HORA DA SAÍDA: <u> </u> H. <u> </u> MIN.			
Assinatura do Paciente ou Responsável			Assinatura / Carimbo CRM		



NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 47 SEXO: F

DATA NASC.: 26/06/1973

REG: 71917

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020 DATA DA ALTA: 27/07/2020

ATESTADO MÉDICO

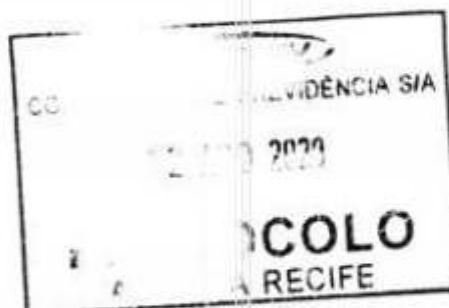
Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) **IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA** foi atendido (a) neste serviço no dia 25/07/2020 necessitando de 60(SESSENTA) dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID. M: 86.6

Renata Fonseca
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22394

Médico

Paulista, 27/07/2020



NOME: IVANETE MARIA FREIRE DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 47 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2020

DATA NASC.: 26/06/73

REG: 71917

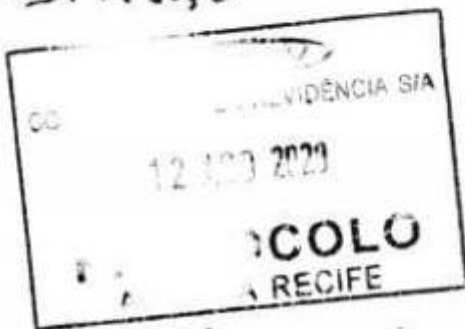
DATA DA ALTA: 27/07/20

Declaração

- Declaro para os devidos fins que
Ivanete Maria Freire da Silva
foi submetida a tratamento cirúrgico
de fratura em 1/3 distal de rádio. E por
ter sofrido um abalo momentâneo no dia
25/07/2020, a paciente foi encaminhada
para novo atendimento aqui em
unidade hospitalar Miguel Arraes
sendo atendida com urgência
e hoje ainda se queixando de fortes
dores em seu membro superior direito
em vista os efeitos da fratura
a mesma está impossibilitada a qualquer
atividade laborativa.

CID: M86,6

07/08/2020



Renata Fonseca
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 22394

Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde:

Paciente: Ivanete M^a Araújo Freire da Silva

Registro n^o

Declaração Médica

Declaro para os devidos fins, que a Paciente em questão, é portadora de deficiência nos dedos da mão esquerda, e sofreu atropelamento no dia 25/07/2020, donde entrou no Hospital em Itambé, logo sendo atendida por mim. Paciente tem uma lesão importante em punho @, a qual precisará de encaminhamento para ortopedia. Hoje a paciente se encontra com gipsos em estrutura óssea e com dificuldade de locomoção do membro.

Dra. Dapão Gonçalves do Carmo
Clínica Médica / Cardiologia
CRM-PB 9777/PE 23488

Data: 08/08/2020





ITAMBÉ
PREFEITURA SEMPRE COM VOCÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47

Nº Cartão SUS 41012105101104191116 Data de Nascimento: 26/06/73

Nome de Paciente: IVANETE M. ARAUJO FREIRE ^{PAZILWA} Sexo: F Raça: Pardo

Estado Civil: CASADA Nome da Mãe: M. JOSE A. DOS SANTOS

Endereço: R. DAS HORTENSIAS nº 344 Bairro: JBVT

Cidade: ITAMBÉ CEP: 55200-000 PSF: 1.6622464

Data do Atendimento: 08/08/20 Hora da Chegada: 12:36 min.

Pré - Consulta: P.A. 56x10 PESO: PULSO: 102 TEMP. 36.6 GLICEMIA:

QUEIXA PRINCIPAL: Paciente que entrou com relato de cefaleia e dor no membro superior esquerdo

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

() Vermelha () Amarela () Verde () Azul

ENFERMEIRO DA TRIAGEM: devido a uma lesão provocada por um acidente. SpO2: 98%. Paciente hipertensa.

IZABELLA APARECIDA S. BANOS
Assinatura: IZABELLA APARECIDA S. BANOS
CORREÇÃO 455599

QUEIXAS/DIAGNOSTICO:

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

Acetaminofeno

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO 01:

0301060061 ☐

PROCEDIMENTO 03:

PROCEDIMENTO 02:

0301100012 ☐

PROCEDIMENTO 04:

VIDÊNCIA SIA

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA
2 - INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITOS ÀS: : MIN

DO DIA: / /

DATA SAÍDA: / /

HORA DA SAÍDA: H. MIN.

Ivanete Maria Araújo Freire da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

Danilo Gonçalves do Carmo
Clínica Médica / Cardiologia
CRM-PB 9772 / PE 23486

Assinatura / Carimbo CRM



ITAMBÉ
PREFEITURA SEMPRE COM VOCÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 47 anos
Nº Cartão SUS 710141205100410414116 Data de Nascimento: 26/06/73
Nome de Paciente: Francis 11º Grande Figueira Sexo: F Raça: P
Estado Civil: casado Nome da Mãe: Maria do Socorro dos Santos
Endereço: R. das Antilhas nº 394 Bairro: J. B. Costa
Cidade: Itambé CEP: 55920000 PSF: D. Gurgel
Data do Atendimento: 25/07/2020 Hora da Chegada: 15 h 26 min.

Pré - Consulta:	P.A.	PESO:	PULSO:	TEMP.	GLICEMIA:
QUEIXA PRINCIPAL <u>dores no tórax</u>			CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Vermelha () Amarela () Verde () Azul		
ENFERMEIRO DA TRIAGEM: <u>[assinatura]</u>			Assinatura/Carimbo		
QUEIXAS/DIAGNÓSTICO:			EXAMES COMPLEMENTARES		
TRATAMENTO <u>Tratamento com ADE</u> <u>2. Tetracycline 100mg + ADE</u> <u>12/07/2020</u>					
DIAGNÓSTICO <u>Suspeita de pneumonia</u>			PROCEDIMENTO 01: <u>COLO</u> 0301060061 <input type="checkbox"/> RECIFE PROCEDIMENTO 02: <input type="checkbox"/> 0301100012 <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO 03: PROCEDIMENTO 04:		
MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO					
ENCAMINHADO:			REMOVIDO:		
ÓBITOS ÀS: <u> </u> MIN			DO DIA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		
DATA SAÍDA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		HORA DA SAÍDA: <u> </u> H. <u> </u> MIN.			
Assinatura do Paciente ou Responsável <u>[assinatura]</u>			Assinatura / Carimbo CRM <u>Daniel Gonçalves do Carmo</u> Clínica Médica / Cardiologia CRM-PE 9772 / PE 23486		



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Paciente: Isorete Maria de Araújo da Silva

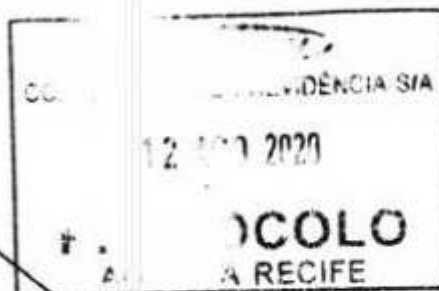
Registro nº _____

uso oral

① A Legionex xarope

01 Frasco

tomar 30ml , de 12/12h , por 5 dias.



Dr. Vinícius Carvalho
Médico
CRM-PB 13.377

Data: 21/07/2020



RECETUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
Nome Completo: _____	1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____	020471
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: Mauro Maria Souza
Endereço: _____

Prescrição: Tramadol 50mg - 024
Tramadol 50mg 3/3h
uso da

Identificação do Comprador	
Nome: _____	
Ident: _____ Órgão Emissor: _____	
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	

Renata Fonseca
Ortopedista
CRM-1722394

Médico

CC

12 JUL 2020

VIDÊNCIA SIA

COLO
A RECIFE

Assinatura do Farmacêutico Data: 27/07/20



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI

FILIAÇÃO

PASCOAL JANUARIO FELIZOLA CARRAZONI
MARIA JOSE BERNARDO DA SILVA

NATURALIDADE

ITAMBÉ-PE

RG

8861390 - SDS/PE

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

NÃO

DATA DE NASCIMENTO

02/08/1992

CPF

088.475.514-20

VIA EXPEDIDO EM

01 04/03/2015

Vital Bezerra Lopes

VITAL BEZERRA LOPES
PRESIDENTE



2023 2023 2023

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12347051

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

[Handwritten signature]



OBSERVAÇÕES



CO
PENDÊNCIA S/A
12/03/2023
COLO
RECIFE



UNICA APT 0002 DETERMINAÇÃO NACIONAL

REGISTRO
Nº 9.828.461

DATA DE EMISSÃO 21/10/2013

Nome
 << IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA >>
 << JOSE ANTONIO DOS SANTOS >>
 << MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS >>

PAIS DE ORIGEM
TIMBAÚBA - PE

DATA DE NASCIMENTO
26/06/1973

Nº DE IDENTIFICAÇÃO
 << 075218 01 55 2013 2 00028 067
 0001150 79 ITAMBÉ-PE >>
 037.551.834-71

F-50 6.763 - 3413

PROVIDÊNCIA SIA

12/10/2013

COLO
RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200287101 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 25/07/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 superiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200287101 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 25/07/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR EM NÍVEL MODERADO PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 superiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME : IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
NACIONALIDADE : BRASILEIRA
ESTADO CIVIL : CASADA
PROFISSAO : DO LAR
Nº DO RG: 9.828.461 SDS/PE
Nº CPF : 037.551.834-71
ENDEREÇO : RUA DAS HORTÊNSIAS 344, JARDIM BELA VISTA I, ITAMBÉ-PE CEP: 55.920-000

OUTORGADO :

NOME : IAGO BERNARDO FELIZOLA CARRAZZONI
NACIONALIDADE : BRASILEIRO
ESTADO CIVIL : SOLTEIRO
PROFISSAO : ADVOGADO
Nº DA OAB: 20.705 - PB
Nº CPF : 088.475.514-20
ENDEREÇO : RUA SANTO ANTONIO, 39 CENTRO, ITAMBÉ-PE

PODERES :

Para requerer o seguro DPVAT, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária. Sendo vedado o substabelecimento desta procuração.

Itambé, 09 de agosto de 2020.

Ivanete Maria Araújo Freire da Silva.
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA
037.551.834-71

