

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-1596 / 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

Eu, JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO  
RG nº 3964600, data de expedição 31/08/1988  
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 592.166.544-49  
com domicílio na cidade de CALUMBI, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SI - VARZEA GRANDE, nº 629  
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  
X ANTONIO MATEUS SOBRINHO, cujo o condutor era  
X Kelydiana da Silva Moreira  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 TITAN Ano: 2010  
Placa: NXU-2008 Chassi: 9C2KC1610AR053434  
Data do Acidente: 23/02/2019

Local e Data: CALUMBI - PE 20/08/2019

Firma Reconhecida

X JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO  
Assinatura do Declarante

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



SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI  
Titular: TIAGO ALVES DOS SANTOS  
Telefone: (07) 38451-122

Serventia Registral e Notarial  
de Calumbi/PE  
Fabrícia da Silva Ferreira  
Escrivente Autorizada

06 SET 2019

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO; que conferi o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Calumbi/PE, 20 de agosto de 2019.  
Emol.: 3,59, TSMR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40. Total: R\$ 4,79. Fabrícia da Silva Ferreira, Escrevente Autorizada.  
Selo: 0160242.PUUGS201901.0004080/08/2019 08:54:10  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-1596 / 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

Eu, JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO  
RG nº 3964600, data de expedição 31/08/1988  
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 592.166.544-49  
com domicílio na cidade de CALUMBI, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SI - VARZEA GRANDE, nº 629  
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  
X ANTONIO MATEUS SOBRINHO, cujo o condutor era  
X Kelydiana da Silva Moreira  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 TITAN Ano: 2010  
Placa: NXU-2008 Chassi: 9C2KC1610AR053434  
Data do Acidente: 23/02/2019

Local e Data: CALUMBI - PE 20/08/2019

Firma Reconhecida

X JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO  
Assinatura do Declarante

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



Serventia REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI  
Titular: TIAGO ALVES DOS SANTOS  
Telefone: (07) 38451-122

Serventia Registral e Notarial  
de Calumbi/PE  
Fabrícia da Silva Ferreira  
Escrivente Autorizada

06 SET 2019

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO; que conferi o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Calumbi/PE, 20 de agosto de 2019.  
Emol.: 3,59, TSMR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40. Total: R\$ 4,79. Fabrícia da Silva Ferreira, Escrevente Autorizada.  
Selo: 0160242.PUUGS201901.0004080/08/2019 08:54:10  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)



9.8828.5625



Pernambuco

HOSPAM  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES

SUS

13 out.

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 30.

Data: 23.02.19	Hora: 09:35
Nome: Antonio Moteus Salomão	Profissão: Operário
Nome Social:	Estado Civil: Solteiro
Nascimento: 08.04.95	Sexo: M
Escolaridade: E.M.G.	Responsável:
Mãe: Maria Aparecida Boaventura de Souza	
Endereço: Sítio Várzea Grande	
Bairro:	Município: Colimbu/PE
Cartão SUS: 898004177246542	RG/CPF: 9.619.443.505 PE
Raça/Cor:	
Branca	Preta
Parda	Amarela
Indígena	

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

## ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Paciente queixando de dor no antebraço direito.

Tratamento:

1 - Sol. R + braço D

Fratura de ulna

Solicito Imobilização  
Antes de 25/02/19

Hipótese Diagnóstica:

FRAT. ULNA

Carimbo e Assinatura:

Dra. Juliana Campos  
Médica

CRM: 26213

Dra. Juliana Campos  
Médica

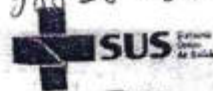
04 SET 2019



*Pernambuco*



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



23 Aug.

98858.2275  
98828-5625

**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA**

Nº: 37

Data: 28.02.19		Hora: 08:30		24	
Nome: Antonio Mateus Gomes		Profissão: agricultor			
Nome Social:		Estado Civil: Solteiro			
Nascimento: 08.04.85		Sexo: M			
Escolaridade: 8.º ano		Responsável: O mesmo			
Mãe: Maria Aparecida Bez. Antunes de Silva					
Endereço: Rua Várzea, Grande		Município: Colombo/PR		Fone: 9.0859.0866	
Bairro:		RG/CPF:			
Cartão SUS:					
Raça/Cor:		Branca		Preta	
		Parda		Amarela	
				Indígena	

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO







VERMELHO

AMARELO

VERDE

**AZUL**

Situação/Queixa:

$\frac{1}{2}$       

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

**ATENDIMENTO MÉDICO**

**História e Exame Físico:**

- 5 Less cash

Tratamento:

ft  $\rightarrow$  OLN.

**Hipótese Diagnóstica:**

Carimbo e Assinatura:

Carimbo e Assinatura

04 SET 2019



MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA  
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA — INCRA  
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL — SNCR

COMPROVANTE DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO PARA CADASTRO DE IMÓVEL RURAL — CE

01 — Nº VOLUME

02 — NOME DO DECLARANTE

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

03 — NOME DO IMÓVEL

Sítio VAZIA GRANDE

04 — CÓDIGO DO IMÓVEL

2.2.4.03.0.0.23.9.4.9.6

05 — MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL

CAJUMI

06 — UF

PE

07 — DOCUMENTOS ANEXOS

FC

Quantidade

Planta e/ou Memorial Descritivo

Quantidade

08 — DATA

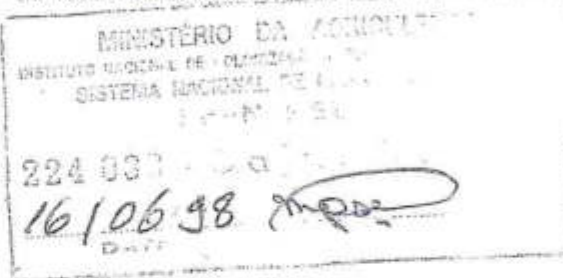
16/06/98

09 — ASSINATURA

Jose Mateus da Silva Sobrinho

- ESTE COMPROVANTE NÃO FAZ PROVA DA SITUAÇÃO CADASTRAL DO IMÓVEL, NÃO SENDO VÁLIDO, PORTANTO, PARA QUALQUER ATO OU TRANSMISSÃO DA PROPRIEDADE, NÃO SUBSTITUINDO O CERTIFICADO DE CADASTRO.
- DEVE SER CARIMBADO, DATADO E ASSINADO POR REPRESENTANTE DO INCRA.

10 — CARIMBO DO REPRESENTANTE DO INCRA



Imprensa Nacional

04 SET 2019

9.8828-5695



Pernambuco

HOSPAM  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES

SUS

13 aus.

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 30.

Data: 23.02.19	Hora: 09:34
Nome: Antonio Noleus Sabrento	
Nome Social:	Profissão: Operário
Nascimento: 08.04.95	Sexo: M
Escolaridade: E.M. 9	Estado Civil: Solteiro
Mãe: Maria Aparecida Boaventura de Silva	
Endereço: Sítio Lagoa Grande	
Bairro:	Município: Colônia
Cartão SUS: 89800417046542	RG/CPF: 9.619.443.5054
Raça/Cor:	Branca
	Preta
	Parda
	Amarela
	Indígena

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma

Carimbo e Assinatura:

## ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Paciente queixando de dor no braço direito.

Tratamento:

1- Sol. R + braço

Fratura de ulna

Solicito Imobilização

Autorizo de 25/02/19

Hipótese Diagnóstica:

BRUM

Carimbo e Assinatura:

Dr. Juliana Campos

Médica

CRM 14.2021

Dr. Juliana Campos

Médica

04 SET 2019





*Pernambuco*



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES

98858.2275  
98828-5625



**ISUS** International  
Society  
for  
Sustainable  
Development

23 Aug

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 37

Data:	29/02/19	Hora:	08:20	24
Nome:	Antonio Mateus Cordeiro			
Nome Social:		Profissão:	agricultor	
Nascimento:	08/09/85	Sexo:	M.	Estado Civil:
Escolaridade:	E.M.G.	Responsável:	O mesmo.	
Mãe:	Mônica Aparecida Brito Antunes de Sá			
Endereço:	Rua Vinte e Nove de Abril, 100 - Vila Santa Helena			
Bairro:		Município:	Colônia	Fone:
Cartão SUS		RG/CPF:		
Raça/Cor:		Branca	Preta	Parda
		Amarela	Indígena	

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

## AMARELO

**VERDE**

**AZUL**

Situação/Queixa:

$\frac{1}{2}$  —  $\hookrightarrow$   $\Delta$  —  $\odot$   
 4 Litters 1  $\rightarrow$

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

## ATENDIMENTO MÉDICO

**História e Exame Físico:**

- 5 Long conson

**Tratamento:**

ft  $\rightarrow$  OCM.

**Hipótese Diagnóstica:**

Carimbo e Assinatura:

Carlinho e Assina



MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA  
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA – INCRA  
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL – SNCR

COMPROVANTE DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO PARA CADASTRO DE IMÓVEL RURAL – CE

01 – N° VOLUME

02 – NOME DO DECLARANTE

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

03 – NOME DO IMÓVEL

Sítio VAZIA GRANDE

04 – CÓDIGO DO IMÓVEL

2.2.4.0.3.0.0.2.3.9.4.9.6

05 – MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL

CAUMBA

06 – UF

PE

07 – DOCUMENTOS ANEXOS

Quantidade

FC

Planta e/ou Memo-  
rial Descritivo

Quantidade

08 – DATA

16/06/98

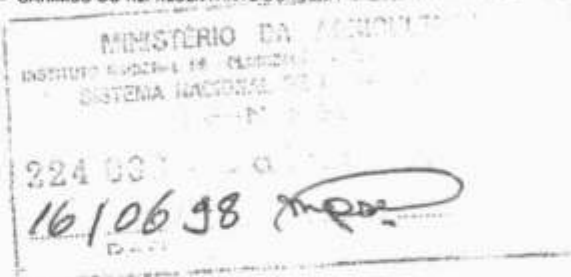
09 – ASSINATURA

Jose Mateus da Silva Sobrinho

– ESTE COMPROVANTE NÃO FAZ PROVA DA SITUAÇÃO CADASTRAL DO IMÓVEL, NÃO SENDO VÁLIDO, PORTANTO, PARA QUALQUER ATO OU TRANSMISSÃO DA PROPRIEDADE, NÃO SUBSTITUINDO O CERTIFICADO DE CADASTRO.

– DEVE SER CARIMBADO, DATADO E ASSINADO POR REPRESENTANTE DO INCRA.

10 – CARIMBO DO REPRESENTANTE DO INCRA



Imprensa Nacional

04 SET 2019





**Dra. Andreia Diniz**  
ANESTESIOLOGIA -  
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

**Dr. Carlos Kennedy**  
NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

**Dr. Ebenone A. Silva**  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -  
CIRURGIA DO JOELHO - USO MUSCULOSQUELÉTICO

**Dra. Martha Arruda**  
GINECOLOGIA - GINECOPRÉVENÇÃO  
OBSTETRICIA - CITOLOGIA ONCOLÓGICA

**Dr. Adelson Feitosa**  
MEDICINA ORTOMOLDOLOGIA  
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

**Dra. Ana Carolina Sampaio**  
FONOAUDILOGIA - FISIOTERAPIA - ALCOPMTRIA  
CLÍNICA DE SAÚDE OCULOCORREÇÃO

**Dr. Antônio Melo**  
CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA  
ECOCARDIOGRAFIA

**Dr. Jailson José**  
REUMATOLOGIA

**Dra. Danielly Duarte**  
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA -  
USG GINECOLOGIA E OBSTETRICA  
MEDICINA PEDIÁTRICA

#### ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 23/02/2019 no município de Serra Talhada- PE. Após o acidente foi atendida no HOSPAM, constatada fratura de ulna direita. Realizado tratamento conservador.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: dor e edema intermitente em punho direito, limitação da mobilidade do punho, como flexão e extensão do punho. Força reduzida em mão direita. Falta de sensibilidade em 3º e 4º quírodáctilo direito.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 70% para suas funções trabalhistas como agricultor.

Serra Talhada, 01 de outubro de 2019.

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE  
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem\_st@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TANQUES BUREL

10R-14

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.419.443 DATA DE EMISSÃO 25/07/2014

NOME << ANTONIO MATEUS SOBRINHO >>

FILIAÇÃO << JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO >>  
<< MARIA APARECIDA BOAVENTURA DA SILVA >>

NATURALIDADE SERRA TALHADA - PE DATA DE NASCIMENTO 08/04/1995

DIG. ORDEM << CN.7925 L.A22 F.266 CART.CALUMBI-PE 09.05.1995 >>

CNP 115.478.384-77

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO




Número  
**115.478.384-77**

Nome  
**ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

Nascimento  
**08/04/1995**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

04 SET 2019

		<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTULA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME <b>GEORGE CARLOS MELO LIMA</b>		DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF <b>5840550 SSP PE</b>			
		CPF <b>008.475.324-29</b>		DATA NASCIMENTO <b>03/05/1978</b>	
FILIAÇÃO <b>GILBERTO CARLOS DE LIM          A          MARIA DE LOURDES MELO          DE LIMA</b>					
PERMISSÃO 		ACC 		CAT HAB <b>AB</b>	
Nº REGISTRO <b>02136855400</b>		VALIDADE <b>30/06/2023</b>		1ª HABILITAÇÃO <b>18/12/2001</b>	
OBSERVAÇÕES <b>KAR</b> <b>CMTX</b>					
					
LOCAL <b>SERRA TALHADA, PE</b>		DATA EMISSÃO <b>24/07/2017</b>			
					
ASSINATURA DO EMISSOR <b>33010552568</b> <b>PE079966268</b>					
<b>PERNAMBUCO</b>					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURI

10R-14



ANTONIO MATEUS SOBRINHO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.419.443 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/07/2014

NOME  
«« ANTONIO MATEUS SOBRINHO »»

FILIAÇÃO  
«« JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO »»  
«« MARIA APARECIDA BOAVENTURA DA SILVA »»

NATURALIDADE SERRA TALHADA - PE DATA DE NASCIMENTO 08/04/1995

DOC ORIGEM «« CN.7925 L.A22 F.266 CART.CALUMBI-PE 09.05.1995 »»

CPS 115.478.384-77

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
115.478.384-77

Nome  
ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Nascimento  
08/04/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

04 SET 2019





UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
WASHINGTON, D. C. 20535



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727878664

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 233083108 RENTR: EXERCÍCIO: 2019

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

TRIUNFO-PE

592.166.544-49 PLACA: NXU2008

9C2KC1610AR053434 CHASSI:

RA3 /MOTOCICLETA ALCO/GASOL COMBUSTÍVEL

HONDA/CG150 TITAN MIX K3 ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2010

28/145CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

1 P 1PVA 2019 QUITADO 1º VENC. COTA ÚNICA: 1º

2 V FAIXA LIVRA PARCELAMENTO / COTAS: 2º

3 A 1 PRÊMIO TAXA ANO (R\$): 00.11 PRÊMIO TOTAL (R\$): 02.845,80 DATA DE PAGAMENTO: 25/01/19

SEM RESERVA DE PONTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TRIUNFO-PE 07/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727878664 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 07/02/19

592.166.544-49 PLACA: NXU2008

HONDA/CG150 TITAN MIX K3

9C2KC1610AR053434

PRÊMIO TARIFÁRIO

3.60,00 DENATRA (R\$): 4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$): 40,08

4.15 CUSTO DO BILHETE (R\$): 0,32 TOTAL BILHETE/SEGURO (R\$): 84,58

4.15 COTA ÚNICA PARCELADO: 25/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.345.808/0001-04

RESERVAÇÃO DE QUANTO O TITULAR DO SEGURO DPVAT  
SE NÃO HOUVER PONTE OBRIGATORIO

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Diretor Presidente DETRAN/PE

07/02/19

04 SET 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190564774 **Cidade:** Calumbi **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO **Data do acidente:** 23/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ISOLADA DA ULNA DIREITA.

**Descrição do exame físico:** DEFICIT DE MOBILIDADE /PRONO-SUPINAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/10/2019

**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 DO PUNHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante ANTONIO MATEUS SOBRINHO  
portador(a) do documento de identidade nº 9419443, expedido por SSP-PE  
em 573 inscrito no CPF sob o nº 175.478.384-37 residente na  
complemento CASA Bairro RURAL - SÍTIO cidade  
CALUMBI Estado PE Data do acidente 17/08/2019  
DPVAT cobertura INVALIDEZ

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELLO LIMA  
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE  
em 573 inscrito no CPF sob o nº 008.495394-29 residente na  
ANTONIO TOME DE SOUZA nº 573  
complemento CASA Bairro SÃO CRISTOVÃO cidade  
SERRA TALHADA Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SERRA TALHADA - PE de 16 de 08 de 2019

Outorgante X ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Serventia Registral e Notarial  
de Calumbi/PE  
Fabricio da Silva Ferreira  
Escrivente Autorizada

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI

Titular: TIAGO ALVES DOS SANTOS  
Telefone: (87) 38451-192

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: ANTONIO MATEUS SOBRINHO; que conferi c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Calumbi/PE, 16 de agosto de 2019. Emol.: 3,59, TSNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40. Total: R\$ 4,79. Fabricia da Silva Ferreira, Escrevente Autorizada.

Selo: 0160242.IFE08201901.00025 16/08/2019 08:54:35  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)





## Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante ANTONIO MATEUS SOBRINHO  
portador do documento de identidade nº 9419443 expedido por SSP-PE  
em 11 inscrito no CPF sob o nº 115.898.384-22 residente na  
SÍTIO VÁZIO GALINDI nº 1  
complemento CASA Bairro RURAL - SÍTIO cidade  
CALUMBI Estado PE Data do acidente 17/08/2019  
DPVAT cobertura INVALIDEZ

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA  
portador do documento de identidade nº 5840550 expedido por SSP-PE  
em 04/03/2019 inscrito no CPF sob o nº 008.475324-29 residente na  
ANTONIO TOME DE SUELA nº 1573  
complemento CASA Bairro SÃO CRISTÓVÃO cidade  
SERRA TALHADA Estado PE

Ampla poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

SERRA TALHADA - PE de 16 de 08 de 2019

Outorgante X ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Serventia Registral e Notarial  
de Calumbi/PE  
Fabricia da Silva Ferreira  
Escritor Autorizada

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI  
Titular: TIAGO ALVES DOS SANTOS  
Telefone: (87) 38451-192

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: ANTONIO MATEUS SOBRINHO; que conferi o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Calumbi/PE, 16 de agosto de 2019. Emol.: R\$ 3,59, TSNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40. Total: R\$ 4,79. Fabricia da Silva Ferreira, Escritor Autorizada

Selo: 0160242-IFE08201901.00025 16/08/2019 08:34:35  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/saledigital](http://www.tjpe.jus.br/saledigital)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306778/19

**Vítima:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO

**CPF:** 115.478.384-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

### ANTONIO MATEUS SOBRINHO : 115.478.384-77

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2019  
Nome: ANTONIO MATEUS SOBRINHO  
CPF: 115.478.384-77

ANTONIO MATEUS SOBRINHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306778/19

**Número do Sinistro:** 3190516481

**Vítima:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO

**CPF:** 115.478.384-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019  
Nome: ANTONIO MATEUS SOBRINHO  
CPF: 115.478.384-77

\_\_\_\_\_  
ANTONIO MATEUS SOBRINHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

\_\_\_\_\_  
MANOEL COELHO NETO



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342607/19

**Vítima:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO

**CPF:** 115.478.384-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/02/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO MATEUS SOBRINHO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

### ANTONIO MATEUS SOBRINHO : 115.478.384-77

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190516481                      Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Data do Acidente: 23/02/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190516481**

**Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 23/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 23/02/2019, emitido pelo Dr. JULIANA PAULA CAMPOS CRM nº 25213 - PE, da Instituição HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190564774**

**Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 23/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

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, 09 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190564774**

**Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 23/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190516481**

**Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 23/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO**

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, 27 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190564774

Vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Data do Acidente: 23/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 814

Conta: 000986212771-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190564774  
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Mateus Sobrinho  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Varzea Grande, S/N  
Zona Rural Calumbi PE CEP: 56930-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 9419443  
Data local do acidente: [ 23/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 11/10/2019 ] Serra Talhada [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA ISOLADA DA ULNA DIREITA**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO**

**Complicações: ALTERAÇÃO DE PRONO=SUPINAÇÃO**

**Data da Alta: 01/10/2019**

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

**DEFICIT DE MOBILIDADE**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

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

**DEFICIT DE MOBILIDADE /PRONO-SUPINAÇÃO**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 (\*).

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

**Dr. Ebenone Antonio da Silva**

**CPF - 882.723.544-20**

**CRM/PE - 15122**

  
**Dr. Ebenone Antonio da Silva**  
CRM: 15122  
TEOT: 10541  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



# 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: 115.478.384-77 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

5 - Nome completo: ANTONIO MATEUS SOBRINHO 6 - CPF: 115.478.384-77  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S. VAREZA GRANDE 9 - Número: 629 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: RURAL S.TIO 12 - Cidade: CALUMBI 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.930.000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 87.99998.1477

DADOS CADASTRAIS

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914

CONTA: 986.212.771

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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, a 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 informando a presença de uma doença ou lesão decorrente de acidente de trânsito (IML) para fins de indenização por invalidez permanente.

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o processamento 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, § 2º, 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

23 - Grau de parentesco com a vítima: ☐ Somente ☐ Casado (ou cas) ☐ Divorçado ☐ Separado (divorciado) ☐ Viúvo

24 - Grau de parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

28 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

29 - Vítima deixou nascituro(a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

31 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

32 - Vítima deixou pais/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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: CALUMBI, PE 26/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ANTONIO MATEUS SOBRINHO

42 - Assinatura do Procurador (se houver): Jorge Carlos Melo Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

04 SET 2019





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (541)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914

CONTA: 986.20.771 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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, a senha após a efetivação do crédito, quitando 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 não houve laudo do IML (Instituto Médico Legal) emitido para fins de cobertura de indenização do Seguro DPVAT.

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ☐ Sim ☐ Não

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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não

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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data:

CALUMBI, PE 26/08/2019

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 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267003171**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/08/2019** às **12:45**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **23/2/2019** às **08:15**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO PARA EFEITO DE SEGURO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOCA MAGALHAES, 1** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTÍVEL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO ( OUTRO )  
CLEIDIANO ( TESTEMUNHA )  
ANTONIO MATEUS SOBRINHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CLEIDIANO**

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

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA APARECIDA BÔAVENTURA DA SILVA** Pai: **JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO** Data de Nascimento: **8/4/1995** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9419443/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, SÍTIO VARZEA GRANDE Nº 829 / ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**NÃO SE APLICA** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: -

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

04 SET 2019

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **CLEIDIANO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não**Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**Placa: **NXU2008** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **233083189** Chassi: **9C2KC1610AR053434**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

## Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE, ANTONIO MATEUS SOBRINHO, PARA COMUNICAR UM ACIDENTE DO QUAL O MESMO FORA VÍTIMA. RELATA O SEGUINTE FATO: QUE O MESMO IA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA DESCRITA NESTE REGISTRO E QUE NA OCASIÃO ERA CONDUZIDA PELA PESSOA CONHECIDA POR "CLEIDIANO", ESTE FAZENDO O PERCURSO ESTAÇÃO / IGREJA MATRIZ PELA RUA JOCA MAGALHÃES E QUANDO A MOTOCICLETA SE ENCONTRAVA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE PAULO, A MOTOCICLETA DERRAPOU E COM ISSO O SEU CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MESMA E VIERAM A CAIR NA VIA. QUE, COM O TOMBO, ELE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES E LESÕES, PORÉM O CONDUTOR SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES LEVES. QUE, O PRÓPRIO CONDUTOR DA MOTOCICLETA, CLEIDIANO, FEZ O SOCORRO DELE PARA O HOSPAM ONDE ELE FORA ATENDIDO PELA MÉDICA PLANTONISTA, DR. JULIANA PAULA CAMPOS, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 30 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. QUE, A CITADA MÉDICA SOLICITOU QUE A VÍTIMA RETORNASSE AO HOSPAM NA SEGUNDA-FEIRA PARA UM MELHOR ATENDIMENTO, JÁ QUE NAQUELE PRIMEIRO ATENDIMENTO NÃO HAVIA MÉDICO ORTOPEDISTA DE PLANTÃO. QUE, NA SEGUNDA-FEIRA ( DIA 25/02 ), ELE NOVAMENTE RETORNOU AO HOSPAM ONDE FORA ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE BAIÃO, CONFORME CÓPIA DE BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 37 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE, SENDO CONSTATADA UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO DA VÍTIMA. NADA MAIS, ENCERRO.

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

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO**  
**(VITIMA)**- *ANTONIO MATEUS SOBRINHO*B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**

04 SET 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267003171**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/08/2019** às **12:45**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia **23/2/2019** às **08:15**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO PARA EFEITO DE SEGURO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOCA MAGALHAES, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA**

**TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTÍVEL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE )  
JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO ( OUTRO )  
CLEIDIANO ( TESTEMUNHA )  
ANTONIO MATEUS SOBRINHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CLEIDIANO

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

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA APARECIDA BÔAVENTURA DA SILVA Pai: JOSÉ MATEUS DA SILVA SOBRINHO Data de Nascimento: 8/4/1995 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9419443/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, SITIO VARZEA GRANDE Nº 829 / ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -  
Telefone de Contato: -

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

04 SET 2019

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO**, que estava em posse



do(a) Sr(a): **CLEIDIANO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX** Objeto apreendido: **Não**Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**Placa: **NXU2008** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **233083189** Chassi: **9C2KC1610AR053434**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

## Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE, ANTONIO MATEUS SOBRINHO, PARA COMUNICAR UM ACIDENTE DO QUAL O MESMO FORA VÍTIMA. RELATA O SEGUINTE FATO: QUE O MESMO IA DE CARONA NA MOTOCICLETA HONDA DESCRITA NESTE REGISTRO E QUE NA OCASIÃO ERA CONDUZIDA PELA PESSOA CONHECIDA POR "CLEIDIANO", ESTE FAZENDO O PERCURSO ESTAÇÃO / IGREJA MATRIZ PELA RUA JOCA MAGALHÃES E QUANDO A MOTOCICLETA SE ENCONTRAVA PRÓXIMO AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE PAULO, A MOTOCICLETA DERRAPOU E COM ISSO O SEU CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MESMA E VIERAM A CAIR NA VIA. QUE, COM O TOMBO, ELE SOFREU ALGUMAS ESCORIAÇÕES E LESÕES, PORÉM O CONDUTOR SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES LEVES. QUE, O PRÓPRIO CONDUTOR DA MOTOCICLETA, CLEIDIANO, FEZ O SOCORRO DELE PARA O HOSPAM ONDE ELE FORA ATENDIDO PELA MÉDICA PLANTONISTA, DR. JULIANA PAULA CAMPOS, CONFORME CÓPIA DO BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 30 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. QUE, A CITADA MÉDICA SOLICITOU QUE A VÍTIMA RETORNASSE AO HOSPAM NA SEGUNDA-FEIRA PARA UM MELHOR ATENDIMENTO, JÁ QUE NAQUELE PRIMEIRO ATENDIMENTO NÃO HAVIA MÉDICO ORTOPEDISTA DE PLANTÃO. QUE, NA SEGUNDA-FEIRA ( DIA 25/02 ), ELE NOVAMENTE RETORNOU AO HOSPAM ONDE FORA ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE BAIÃO, CONFORME CÓPIA DE BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 37 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE, SENDO CONSTATADA UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO DA VÍTIMA. NADA MAIS, ENCERRO.

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

**ANTONIO MATEUS SOBRINHO**  
(VITIMA)- *ANTONIO MATEUS SOBRINHO*B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**

04 SET 2019



# 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: 115.478.384-77 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

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

5 - Nome completo: ANTONIO MATEUS SOBRINHO 6 - CPF: 115.478.384-77  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S. VAREZA GRANDE 9 - Número: 629 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: RURAL S.TIO 12 - Cidade: CALUMBI 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.930.000  
15 - E-mail: 15 - Tel. (DDD): 87.99998-1477

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914 CONTA: 986.212.771 1

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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, a 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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou informando a presente uma condição médica que não permite a realização de atividades físicas e/ou mentais, tornando-me incapaz para o trabalho habitual, por tempo indeterminado, conforme laudo médico emitido por médico especialista em medicina do trabalho, com validade mínima de 120 dias.

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

Pelo motivo assinalado, solicito o processamento 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 2º, 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Grau de Parentesco com a Vítima: ☐ Somente ☐ Casado (no 2º) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Outro (especificar):  
24 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
26 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou filhos, informar Vivos: Falecidos: 28 - Vítima deixou irmãos, informar Vivos: Falecidos: 29 - Se a vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou irmãos, informar Vivos: Falecidos: 31 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: CALUMBI, PE 26/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ANTONIO MATEUS SOBRINHO

42 - Assinatura do Procurador (se houver): Jorge Carlos Melo Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914

CONTA: 986.20.771 1

☐ CONTA-CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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, a senha após a efetivação do crédito, quitando total do valor recebido.

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo: 24 - Se a vítima deixou filhos, informe o nome completo: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informe vivos? 30 - Vítima deixou nascituro(s) vivos? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informe vivos? 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? 34 - Vítima deixou outros parentes?

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.

35 - Nome legível de quem assina a roga o pedido 36 - CPF legível de quem assina a roga o pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a roga o pedido

38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a roga o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga o pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a roga o pedido

38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



9.8828.5625



Pernambuco


**HOSPAM**  
 HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
 AGAMENON MAGALHÃES


SUS

13 out.

**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA**

Nº: 30.

Data: 23.02.19	Hora: 09:35
Nome: Antonio Moteus Salomão	Profissão: Operário
Nome Social:	Estado Civil: Solteiro
Nascimento: 08.04.95	Sexo: M
Escolaridade: E.M.G.	Responsável:
Mãe: Maria Aparecida Boaventura de Souza	
Endereço: Sítio Várzea Grande	
Bairro:	Município: Colimbu/PE
Cartão SUS: 898004177246542	RG/CPF: 9.619.443.505 PE
Raça/Cor:	
Branca	Preta
Parda	Amarela
Indígena	

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

**ATENDIMENTO MÉDICO**

História e Exame Físico:

Trauma recente do membro superior direito - fratura.

Tratamento:

1 - Sol. R + braceio

Fratura de ulna

 Solicito Imobilização  
 Anterior de 25/02/19

Hipótese Diagnóstica:

FRAT. ULNA

Carimbo e Assinatura:

 Dra. Juliana Campos  
 Médica

CRM: 26213

 Dra. Juliana Campos  
 Médica

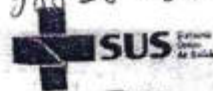
04 SET 2019



*Pernambuco*



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



23 Aug.

98858.2275  
98828-5625

## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 37

Data: 28.02.19		Hora: 08:30		24	
Nome: Antonio Mateus Gomes		Profissão: agricultor			
Nome Social:		Estado Civil: Solteiro			
Nascimento: 08.04.85		Sexo: M			
Escolaridade: 8.º ano		Responsável: O mesmo			
Mãe: Maria Aparecida Bez. Antunes de Silva					
Endereço: Rua Várzea Grande		Município: Colombo/R		Fone: 9.0859.0866	
Bairro:		RG/CPF:			
Cartão SUS:					
Raca/Cor:		Branca		Preta	
		Parda		Amarela	
				Indígena	

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

**AZUL**

Situação/Queixa:

$\frac{1}{2}$  —————  $\hookrightarrow$   $\Delta$  —————  $\circ$   
 21          Lines 1 —————

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

**ATENDIMENTO MÉDICO**

**História e Exame Físico:**

- 5 Less cash

Tratamento:

ft  $\rightarrow$  OLS.

**Hipótese Diagnóstica:**

Carimbo e Assinatura:

Carimbo e Assinatura

04 SET 2019



MINISTÉRIO DA AGRICULTURA E REFORMA AGRÁRIA  
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA — INCRA  
SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO RURAL — SNCR

COMPROVANTE DE ENTREGA DE DECLARAÇÃO PARA CADASTRO DE IMÓVEL RURAL — CE

01 — Nº VOLUME

02 — NOME DO DECLARANTE

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

03 — NOME DO IMÓVEL

Sítio VAZIA GRANDE

04 — CÓDIGO DO IMÓVEL

2.2.4.03.0.0.23.9.4.9.6

05 — MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL

CAJUMI

06 — UF

PE

07 — DOCUMENTOS ANEXOS

FC

Quantidade

Planta e/ou Memo-  
rial Descritivo

Quantidade

08 — DATA

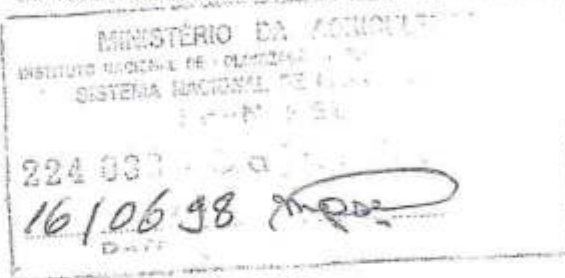
16/06/98

09 — ASSINATURA

Jose Mateus da Silva Sobrinho

- ESTE COMPROVANTE NÃO FAZ PROVA DA SITUAÇÃO CADASTRAL DO IMÓVEL, NÃO SENDO VÁLIDO, PORTANTO, PARA QUALQUER ATO OU TRANSMISSÃO DA PROPRIEDADE, NÃO SUBSTITUINDO O CERTIFICADO DE CADASTRO.
- DEVE SER CARIMBADO, DATADO E ASSINADO POR REPRESENTANTE DO INCRA.

10 — CARIMBO DO REPRESENTANTE DO INCRA



Imprensa Nacional

04 SET 2019



# 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: 22/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00814

CONTA: 000986212771-1

---

Nr. da Autenticação 05A89900FA62DC63



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.655.828/0001-00 | Insc. Est. 500540-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ANTÔNIO MATEUS SUBRINHÔ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
E-146120 - F-146120-000

CPF 115.478.334-77 INSC. EST. 500478006-23

CALUMBI-RURAL CALUMBI RURAL  
CALUMBI PE  
55300-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAHIARENDACOM148

CONTA CONSUMO 7024985268 MÊS/MO 07/2019

DATA DE VENCIMENTO 24/07/2019 DATA DE PAGAMENTO 18/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 7,19

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	PERÍODO
00806553	UTICA	17/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DE QUANTOS	Nº DA FATURA
17/07/2019	2019070701	6461806

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo de 20 kWh	20.000000	0.70	1.40
Consumo Ativo Super 20 kWh 100 kWh	8.000000	0.70	5.60
Atividade Bancária AMARELA			0.57
BÔNUS ITAPU - 01/21/03 Lei 10.439/2002			-0.28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO BARRIÃO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWH)
21017000	CAT	14/06/2019	6100	17/07/2019	6800	32	1.0000	90.00

DETALHAMENTO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PREÇOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
PERÍODO	VALOR		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		
01/18	00					Cob. de Energia	R\$ 7,47 40,00
02/18	00					Transmissão	R\$ 0,00 0,00
03/18	00					Distribuição	R\$ 1,12 30,00
04/18	00					Perda de Energia	R\$ 0,70 6,70
05/18	00					Energia Solar	R\$ 0,20 2,00
06/18	00					Indústria	R\$ 0,34 4,50
07/18	00					Total	R\$ 7,47 40,00
08/18	00						
09/18	00						
10/18	00						
11/18	00						
12/18	00						
13/18	00						
14/18	00						
15/18	00						
16/18	00						
17/18	00						
18/18	00						
19/18	00						
20/18	00						
21/18	00						
22/18	00						
23/18	00						
24/18	00						
25/18	00						
26/18	00						
27/18	00						
28/18	00						
29/18	00						
30/18	00						
31/18	00						
01/19	00						
02/19	00						
03/19	00						
04/19	00						
05/19	00						
06/19	00						
07/19	00						
08/19	00						
09/19	00						
10/19	00						
11/19	00						
12/19	00						
13/19	00						
14/19	00						
15/19	00						
16/19	00						
17/19	00						
18/19	00						
19/19	00						
20/19	00						
21/19	00						
22/19	00						
23/19	00						
24/19	00						
25/19	00						
26/19	00						
27/19	00						
28/19	00						
29/19	00						
30/19	00						
31/19	00						
01/20	00						
02/20	00						
03/20	00						
04/20	00						
05/20	00						
06/20	00						
07/20	00						
08/20	00						
09/20	00						
10/20	00						
11/20	00						
12/20	00						
13/20	00						
14/20	00						
15/20	00						
16/20	00						
17/20	00						
18/20	00						
19/20	00						
20/20	00						
21/20	00						
22/20	00						
23/20	00						
24/20	00						
25/20	00						
26/20	00						
27/20	00						
28/20	00						
29/20	00						
30/20	00						
31/20	00						
01/21	00						
02/21	00						
03/21	00						
04/21	00						
05/21	00						
06/21	00						
07/21	00						
08/21	00						
09/21	00						
10/21	00						
11/21	00						
12/21	00						
13/21	00						
14/21	00						
15/21	00						
16/21	00						
17/21	00						
18/21	00						
19/21	00						
20/21	00						
21/21	00						
22/21	00						
23/21	00						
24/21	00						
25/21	00						
26/21	00						
27/21	00						
28/21	00						
29/21	00						
30/21	00						
31/21	00						
01/22	00						
02/22	00						
03/22	00						
04/22	00						
05/22	00						
06/22	00						
07/22	00						
08/22	00						
09/22	00						
10/22	00						
11/22	00						
12/22	00						
13/22	00						
14/22	00						
15/22	00						
16/22	00						
17/22	00						
18/22	00						
19/22	00						
20/22	00						
21/22	00						
22/22	00						
23/22	00						
24/22	00						
25/22	00						
26/22	00						
27/22	00						
28/22	00						
29/22	00						
30/22	00						
31/22	00						
01/23	00						
02/23	00						
03/23	00						
04/23	00						
05/23	00						
06/23	00						
07/23	00						
08/23	00						
09/23	00						
10/23	00						
11/23	00						
12/23	00						
13/23	00						
14/23	00						
15/23	00						
16/23	00						
17/23	00						
18/23	00						
19/23	00						
20/23	00						
21/23	00						
22/23	00						
23/23	00						
24/23	00						
25/23	00						
26/23	00						
27/23	00						
28/23	00						
29/23	00						
30/23	00						
31/23	00						
01/24	00						
02/24	00						
03/24	00						
04/24	00						
05/24	00						
06/24	00						
07/24	00						
08/24	00						
09/24	00						
10/24	00						
11/24	00						
12/24	00						
13/24	00						
14/24	00						
15/24	00						
16/24	00						
17/24	00						
18/24	00						
19/24	00						
20/24	00						
21/24	00						
22/24	00						
23/24	00						
24/24	00						
25/24	00						
26/24	00						
27/24	00						
28/24	00						
29/24	00						
30/24	00						
31/24	00						
01/25	00						
02/25	00						
03/25	00						
04/25	00						
05/25	00						
06/25	00						
07/25	00						
08/25	00						
09/25	00						
10/25	00						
11/25	00						
12/25	00						
13/25	00						
14/25	00						
15/25	00						
16/25	00						
17/25	00						
18/25	00						
19/25	00						
20/25	00						
21/25	00						
22/25	00						
23/25	00						
24/25	00						
25/25	00						
26/25	00						
27/25	00						
28/25	00						
29/25	00						
30/25	00						
31/25	00						
01/26	00						
02/26	00						
03/26	00						
04/26	00						
05/26	00						
06/26	00						
07/26	00						
08/26	00						
09/26	00						
10/26	00						
11/26	00						
12/26	00						
13/26	00						
14/26	00						
15/26	00						
16/26	00						
17/26	00						
18/26	00						
19/26	00						
20/26	00						
21/26	00						
22/26	00						
23/26							



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
 CNPJ 16.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 286.442.044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA  
 SERRA TALHADA, PE  
 55903-230

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	RECEB	EMISSÃO
073102422	0001	13/08/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA SUBST. DE C.A.
13/08/2018	2000530115	3680341

CONTA CONTATO	MES/ANO
1130133025	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO LEGAL
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,84

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	171,000000	0,77545172	132,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,78
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,12
ICMS Subvenção-CDE-NF 085393255-11/08/19			1,15
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>163,84</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
185784	CAT	11/08/2018	8.280,00	13/08/2018	8.421,00	33	171,00

PERÍODO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE SUBSIDIOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE		
AGO 18 171		ICMS	138,57	26,00	Geração de Energia	R\$ 18,06 34,05%
SET 18 188		PIS	138,57	0,74	Transmissão	R\$ 4,82 3,49%
OUT 18 170		COPIS	138,57	3,43	Distribuição (Celpe)	R\$ 30,23 21,09%
NOV 18 208					Perdas de Energia	R\$ 9,21 6,55%
DEZ 18 193					Energia Setorial	R\$ 1,16 0,70%
JAN 18 225					Tributas	R\$ 42,18 26,15%
FEB 18 240					<b>Total</b>	<b>R\$ 138,57 100%</b>
MAR 18 238						
ABR 18 232						
MAY 18 242						
JUN 18 246						
JUL 18 182						
AGO 18 183						

TARIFAS APLICADAS  
 Consumo Ativo (kWh) 0,84813300

E4A2.94E8.28C2.4B07.195D.15AC.E0B0.78EC

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Forme popularizando gêneros de até R\$ 717,00 por mês de acordo com o valor informado no seu contrato. Não pague mais caro! Para saber mais sobre o programa, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em conformidade com as normas técnicas da CELPE. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em conformidade com as normas técnicas da CELPE. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em conformidade com as normas técnicas da CELPE.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em conformidade com as normas técnicas da CELPE. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em conformidade com as normas técnicas da CELPE.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIG	0,00	1,47	10,88	21,73	220	207	231
FIC	0,00	3,30	8,80	13,20			
DISC	0,00	3,11	0,00	0,00			

Limite DGR: 12,23

SUZO - Valor em Branco do Valor do Sistema de Distribuição a 98% de 2018

COMPANHIA SANEAMENTO DE SÃO PAULO

Linha DSC: 12,21  
 R\$ 50,00 - Valor em Encargo de Uso do Sistema de Distribuição + R\$ 51,63

ATENDIMENTO AO CLIENTE  
 0800 722 2723

04 SET 2019





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-602  
 CNPJ 10.435.932/0001-01 | Insc. Est. 502945-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 ANTONIO MATEUS SOBRINHO

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 21 SAUZAL - INHATIL, C. 029

CPF: 115.478.384-77 RES. 20041809622

CALLUMBI-RURAL/CALLUMBI RURAL  
 CALLUMBI-PE  
 56930-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 E1 RESIDENCIAL  
 BAIXA RENDA COM NS

NOTA FISCAL	7024985266	MÊS/ANO	07/2019
DATA DE EMISSÃO	24/07/2019	DATA DE VENCIMENTO	16/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)		7,19	

INSCRIÇÃO FISCAL	SENA	DESCRIÇÃO
08995553	UNICA	17/07/2019
PERÍODO DE CONSUMO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
17/07/2019	321528721	6401806

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
Consumo Ativo de 30 kWh	10,000000	2,1821255	5,78
Consumo Ativo superior a 30 de 100 kWh	5,000000	2,32945580	1,54
Adesão à Bancada AMARELA			0,07
Bônus ITAPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,28
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>7,19</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWH)
175719503	LAT	14-06-2019	8100	17-07-2019	8836	32	1,0000	35,00

DESCRIÇÃO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Jul-19	30	ICMS PIS COFINS	7,47	3,81	0,28	De energia elétrica	R\$ 7,07	98,33%
Jun-19	30					Transmissão	R\$ 0,30	4,18%
Mai-19	30					Distribuição	R\$ 2,70	37,82%
Abr-19	30					Perdas de Energia	R\$ 0,73	10,15%
Mar-19	30					Energia Retornada	R\$ 0,21	2,92%
Fev-19	30					Subtotal	R\$ 0,18	2,50%
Jan-19	30					Total	R\$ 7,47	100%
Dez-18	30	Consumo médio mensal				SOMAS APLICADAS		
Nov-18	30	Consumo médio mensal				SOMAS APLICADAS		
Out-18	30	Consumo médio mensal				SOMAS APLICADAS		
Set-18	30	Consumo médio mensal				SOMAS APLICADAS		
Ago-18	30	Consumo médio mensal				SOMAS APLICADAS		
Jul-18	30	Consumo médio mensal				SOMAS APLICADAS		
RESUMO DO PERÍODO								
2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025								

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 O consumidor deve estar atento às informações de sua fatura e verificar se estão corretas. Caso haja alguma dúvida, deve entrar em contato com a Companhia Energética de Pernambuco. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido da energia elétrica. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido da energia elétrica. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido da energia elétrica.

DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMEDIÇÕES		MÉDIA DE TEMPERATURA	
INTERMEDIÇÃO	VALOR	TEMPERATURA	VALOR
DEC	0,00	TEMPERATURA	VALOR
FEV	0,00	TEMPERATURA	VALOR
MAI	0,00	TEMPERATURA	VALOR

DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMEDIÇÕES				MÉDIA DE TEMPERATURA	
INTERMEDIÇÃO	VALOR	TEMPERATURA	VALOR	TEMPERATURA	VALOR
DEC	0,00	TEMPERATURA	VALOR	TEMPERATURA	VALOR
FEV	0,00	TEMPERATURA	VALOR	TEMPERATURA	VALOR
MAI	0,00	TEMPERATURA	VALOR	TEMPERATURA	VALOR



Tarifa Social de Energía Eléctrica: Oferta en la Ley 10.438 de 26/04/02

## NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

### DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES MELO LIMA

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RILJA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 288.442 044-91

### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
55903-220

073102422	INPA	13/08/2019
APRESENTACAO	W DO MCHT	N DA MATA CAO
13/08/2019	2000430116	2660341

CONTRA CONTINÚO		MESIANO	
1130133025	08/2019		
DATA DE PENCIONAMENTO		DATA DE VENCIMENTO LÍQUIDO	
21/08/2019	11/09/2019		
TOTAL A PAGAR R\$		163,84	

## DETACHADA DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Elétrico (kWh)	171,0000000	0,77545172	132,80
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,18
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,12
ICMS Subvenção-CDE-IF 065393255-11/08/19			1,15
Doação APIAE - 0800 722 2722			15,00

TOTAL DA FATURA

103.84

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA MOYA CHICA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
180754	CA7	11/07/2019	8.260,00	13/08/2019	8.431,00	33	1.00000		171,00

[[178405]] IS IN CONTINUITY

Reactions with	
AGO 18	171
JUL 18	158
JUN 19	170
MAY 19	206
APR 19	192
MAR 19	225
FEB 18	240
JAN 19	218
DEC 18	232
NOV 18	242
OCT 19	248
SEP 18	182
AGO 18	182

\*\*\*\*\*

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPORTE
ICMS	138,57	25,00	34,64
PIB	138,57	0,74	1,03
COFINS	138,57	3,43	4,76

<http://www.fishbase.org>

Geração de Energia	R\$ 40,28	34,00%
Transmissão	R\$ 4,82	3,40%
Distribuição (Cedex)	R\$ 20,23	31,00%
Perdas de Energia	R\$ 3,21	8,00%
Encargos Setoriais	R\$ 1,86	4,00%
Tributos	R\$ 40,30	28,18%
Total	R\$ 128,67	400%

2009年12月15日 星期二

### Corporate Advertising

EL PASO COUNTY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

EAAJ 94E9 28C3 4887 185D 15AC E0BD 79EC

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

**DURACIÓN E INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA**

CONSUMERS	VALUE PER UNIT	UNIT PRICE	UNIT PRICE	UNIT PRICE
DVD	0.20	5.43	10.00	21.73
PC	0.00	3.00	8.00	13.00
CMC	0.00	3.11	0.00	0.00

Lentini *et al.* • *CaMKII*  $\alpha$  and  $\beta$  Subunits in the Hippocampus
J. Neurosci., September 24, 2008 • 28(39):9800–9810 • 9809

R\$ 252,0 - Valor do Projeto de 1 ano de Trabalho de Conclusão de Curso - 2018/2019

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	ótimo	máximo
220	202	231

© 2000 by The McGraw-Hill Companies

04 SET 2019



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTÔNIO MATEUS SOBRINHO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.478.384 / 77

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTÔNIO MATEUS SOBRINHO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.478.384 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:		CEP: <u>56.903-220</u>
		Tel. (DDD): <u>87-9.9998.5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima  
Assinatura do Declarante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTÔNIO MATEUS SOBRINHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.478.384 / 77

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANTÔNIO MATEUS SOBRINHO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.478.384 / 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9-9998-1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima  
Assinatura do Declarante