



Número: **0000064-57.2021.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO MATEUS SOBRINHO (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13353 9939	19/05/2023 14:39	2795679_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORES/PE - SEÇÃO -

PROCESSO: 00000645720218172610

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO MATEUS SOBRINHO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

FLORES, 18 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390107000000130448415>
Número do documento: 23051914390107000000130448415

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390107000000130448415>
Número do documento: 23051914390107000000130448415



Número: **0000064-57.2021.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO MATEUS SOBRINHO (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
133539940	19/05/2023 14:39	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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
ANTONIO MATEUS SOBRINHO, cujo o condutor era
Kelydiana da Silva Mota
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CB 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

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO
Assinatura do Declarante

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



Serventia REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI
Titular: YAGO ALVES DOS SANTOS
Telefone: (87) 38451-122

Serventia Registral e Notarial
de Calumbi/PE
Fabrícia da Silva Ferreira
- Escrevente 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.PU008201901.00040 20/08/2019 08:54:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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
ANTONIO MATEUS SOBRINHO, cujo o condutor era
Kelydiana da Silva Mota
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CB 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

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO
Assinatura do Declarante

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



Serventia REGISTRAL E NOTARIAL DE CALUMBI
Titular: VILASO ALVES DOS SANTOS
Telefone: (87) 38451-122

Serventia Registral e Notarial
de Calumbi/PE
Fabrícia da Silva Ferreira
- Escrevente 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.PUU08201901.00040 20/08/2019 08:54:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



13 aug.

9.8828.5695

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 30.
Data: 13.08.19.	Hora: 09:55					
Nome: Antonio Moller Sabrinho	Profissão: agricultor		Estado Civil: Solteiro			
Nome Social:	Sexo: M	Responsável:				
Nascimento: 08.04.95	Escolaridade: E.M.G.					
Mãe: Maria Aparecida Boaventura de Silva						
Endereço: Sítio Várzea Grande	Município: Colônia/PE		Fone: 9-88590666			
Cartão SUS: 89604177046542	RG/CPF: 9.419.443.80574					
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> 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 L. + 70mm.
Tratamento: 1- Sol. R+ braço J Fratura de ulna Folículo trocitero Antero de 25/02/19
Hipótese Diagnóstica: TBRUM
Carimbo e Assinatura: Pro. Juliana Campos Médica CRM-PE 25015

04 SET 2019





98858.2275
98828-5625
SUS
23 de set.

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 37
Data:	28/09/19					Hora: 08:10
Nome:	Antonio Mateus Colmanes					Profissão: agricultor
Nome Social:						Estado Civil: Solteiro
Nascimento:	08/09/85	Sexo:	M			Responsável: O pai
Escolaridade:	E. M. G. 1ª série					Mãe: Maria Aparecida de Almeida Silva
Endereço:	Rua Vago Grande					Fone: 9.8859.0866
Bairro:	Município: Belo Jardim					RG/CPF:
Cartão SUS:						
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> 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:	
Tratamento:	
Hipótese Diagnóstica:	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 — 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

CAJUMÁ

06 — UF

PE

07 — DOCUMENTOS ANEXOS

FC

Quantidade

Planta e/ou Mem-
orial Descritivo

Quantidade

08 — DATA

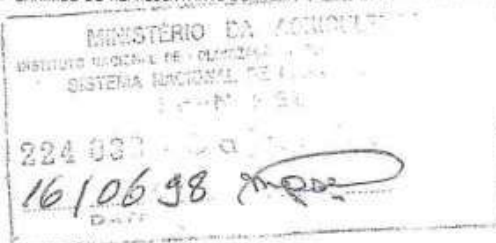
16/06/98

09 — ASSINATURA

Jose Mateus da Silva Sobrinho

- ESTE COMPROVANTE NÃO FAZ PROVA DA SITUAÇÃO CADASTRAL DO IMÓVEL, NÃO SENDO VÁLIDO, PORTANTO, PARA QUALQUER ATO DE 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

13 aus.

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA				Nº: 30.			
Data:	22.02.19		Hora:		09:32		
Nome:	Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR						
Nome Social:			Profissão:			desempregado	
Nascimento:	08.04.95	Sexo:	M	Estado Civil:		solteiro	
Escolaridade:	E.M.G.		Responsável:				
Mãe:	Mônica Aparecida Bastentura de Souza						
Endereço:	Sítio Lagoa Grande						
Bairro:			Município:	Colônia		Fone:	9-88590666
Cartão SUS:	898004177046542		RG/CPF:	9.619.943.505#			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL
Situação/Queixa:					
PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:					
Medicações em uso:					
Intolerâncias/Alergias:					
Fluorograma:			Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico: Paciente queixando-se de dor no local da fratura.	
Tratamento: 1- Sol. R + braço D Fratura de ulna Solicito imobilização Antes de - 25/02/19	
Hipótese Diagnóstica: FRAT. U.M.	Carimbo e Assinatura: Dra. Juliana Campos Médica CRM nº 25371

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

CAJUMÁ

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





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

Dr. Carlos Kennedy
NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - USG MUSCULOESQUELÉTICO

Dra. Martha Arruda
FISIOTERAPIA - FORTIFICAÇÃO
GINECOLOGIA - GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

Dr. Adelson Feitosa
MEDICINA ORTOMOLECULAR
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio
FONOAUDILOGIA - VESTIBULOGRAFIA - ALCOFONETRIA
CLÍNICA DE SAÚDE OCULOCORREÇÃO

Dr. Antônio Melo
CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José
REUMATOLOGISTA

Dra. Danielly Duarte
GINECOLOGIA - OBSTETRICA -
USG GINECOLOGIA E OBSTETRICA
MEDICINA PERINATAL

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 TÁCIRES BULL

10R-14

ANTONIO MATEUS SOBRINHO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.419.443 DATA DE EXPIRAÇÃO 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 ORDEM << CN.7925 L.A22 F.266 CART.CALUMBI-PE 09.05.1995 >>

CNP 115.478.384-77

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSEIO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
 GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 5840550 SSP PE

CPF
 008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
 03/05/1978

FILIAÇÃO
 GILBERTO CARLOS DE LIMA
 A
 MARIA DE LOURDES MELO
 DE LIMA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 02136855400

VALIDADE
 30/06/2023

1ª HABILITAÇÃO
 18/12/2001

OBSERVAÇÕES
 EAR
 CMIX

Assinatura do Portador
 George Carlos Melo Lima

LOCAL
 SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
 24/07/2017

Assinatura do Emissor
 Carlos Anderson Sousa Albeiro
 Diretor Presidente
 23810552568
 PE079966268

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1482661245

04 SET 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

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 7.118 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
Tribunal Nacional de Identificação

GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5840550 SSP PE

CPF: **008.475.324-29** DATA NASCIMENTO: **03/05/1978**

FILIAÇÃO
GILBERTO CARLOS DE LIMA
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA

PERMISSÃO: **RECORRENTE** ADM: **AD**

Nº REGISTRO: **02136855400** VALIDADE: **30/06/2022** Tª HABILITAÇÃO: **18/12/2001**

OBSERVAÇÕES
EAR
CMTX

George Carlos Melo Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **SERRA TALHADA, PE** DATA EMISSÃO: **24/07/2017**

Cláudio Anderson Sousa Oliveira
Assessor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

33610552568
PE079966268

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

04 SET 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DIETRAM - PE
Nº 013727878664

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 233083102 RNTIC EXERCÍCIO 2019

JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO

TRIUNFO-PE

592.166.544-49

PLACA/Nº UF NXU2008

592.166.544-49

9C2KC1610AR052434

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL

RAS / MOTOCICLETA

ALCO/GABOL

ANO FAB 2010

ANO MOD 2010

HONDA/CG150 TITAN MIX K3

CATEGORIA

CON PREDOMINANTE

2E/149CL

PARTIC

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC COTA ÚNICA

1º

2º

3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)

00.11

0.32

84.58

DATA DE PAGAMENTO

25/01/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

TRIUNFO-PE

07/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Diretor Presidente DIETRAM/PE

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

TRIUNFO-PE

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 07/02/19

VIA 592.166.544-49

PLACA NXU2008

RENAVAM

HONDA/CG150 TITAN MIX K3

ANO FAB 2010

9C2KC1610AR052434

PREMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 25.05

DI NATRAM (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IDF (R\$) 0.32

IDE E SUBSIDIO (R\$) 84.58

DATA DE OUTAÇÃO 25/01/19

PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.249.8900001-04

SEGUROS E GARANTIAS O BILHETE DPVAT
DE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO

04 SET 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PE Nº 013727878664 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VEM: 1 23082189 CNH: 07/02/19		VEM: 1 23082189 CNH: 07/02/19		JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO TRIUNFO-PE CPF/CNPJ: 592.166.544-49 PLACA: NXU2008	
JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO TRIUNFO-PE CPF/CNPJ: 592.166.544-49 PLACA: NXU2008		JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO TRIUNFO-PE CPF/CNPJ: 592.166.544-49 PLACA: NXU2008		JOSE MATEUS DA SILVA SOBRINHO TRIUNFO-PE CPF/CNPJ: 592.166.544-49 PLACA: NXU2008	
FAS / MOTORCICLETA MARCA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN MIX K3 CAP / POT / cil: 28 / 145CL CATEGORIA: PARTIC COR / PREDOMINANTE: VERMELHA		FAS / MOTORCICLETA MARCA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN MIX K3 CAP / POT / cil: 28 / 145CL CATEGORIA: PARTIC COR / PREDOMINANTE: VERMELHA		FAS / MOTORCICLETA MARCA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN MIX K3 CAP / POT / cil: 28 / 145CL CATEGORIA: PARTIC COR / PREDOMINANTE: VERMELHA	
1º IPVA 2019 QUITADO 2º IPVA 2019 QUITADO 3º IPVA 2019 QUITADO		1º IPVA 2019 QUITADO 2º IPVA 2019 QUITADO 3º IPVA 2019 QUITADO		1º IPVA 2019 QUITADO 2º IPVA 2019 QUITADO 3º IPVA 2019 QUITADO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 0.32 PARCELAMENTO / COTAS: 25/01/19		PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 0.32 PARCELAMENTO / COTAS: 25/01/19		PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 0.32 PARCELAMENTO / COTAS: 25/01/19	
SEM RESERVAÇÃO DE PORTE OBRIGATORIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA		SEM RESERVAÇÃO DE PORTE OBRIGATORIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA		SEM RESERVAÇÃO DE PORTE OBRIGATORIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA	
TRIUNFO-PE 07/02/19		TRIUNFO-PE 07/02/19		TRIUNFO-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 SITIO VÁZIO, inscrito no CPF sob o nº 425.428.384-22, residente na
RAVINE nº 1
complemento CASA, Bairro RURAL-SITIO, cidade
CALUMBI, Estado PE, Data de assento 13/08/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE
em 04/03/2010, inscrito no CPF sob o nº 048.495.304-29, residente na
AVENIDA TOME DE SOUSA 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
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/ 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, Escritor Autorizada.

Selo: 0160242. IFE08201901.00025 16/08/2019 08:34:35
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



04 SET 2019



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 11 de Sete de 2019 inscrito no CPF sob o nº 115.476.384-29 residente na
CASA complemento RURAL Bairro SITIO cidade
CALUMBI Estado PE Data do acidente 17/01/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA
portador(a) do documento de identidade nº 5840550 expedido por SSP-PE
em 04 de Sete de 2019 inscrito no CPF sob o nº 068.975324-29 residente na
ANTONIO TOME DE SAES 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
Fabricia da Silva Ferreira
Escrevente 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/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé. Calumbi/PE, 16 de agosto de 2019. Emol.: 3,59, TEND: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40. Total: R\$ 4,79. Fabricia da Silva Ferreira, Escrevente Autorizada
Selo: 0160242-IFE08201901.00025 16/08/2019 08:34:35
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



04 SET 2019



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 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

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

Data do acidente: 23/02/2019

Titular do CPF: ANTONIO MATEUS SOBRINHO

CPF de: Próprio

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 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 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





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

Rio de Janeiro, 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:

Declaração do Proprietário do Veículo	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

Pag. 01813/01814 - carta_03 - INVALIDEZ

00010907



Carta nº 14758549





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01759/01760 - carta_31 - INVALIDEZ

00080880



Carta nº 14785405





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14846473

Pag. 01319/01320 - carta_01 - INVALIDEZ

00020660





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01735/01736 - carta_02 - INVALIDEZ

00050868



Carta nº 14862141





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14940334

Pag. 00729/00730 - carta_01 - INVALIDEZ

00340365





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

Rio de Janeiro, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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

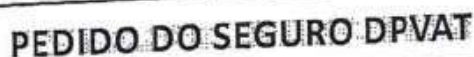
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA ISOLADA DA ULNA DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO
Complicações: ALTERAÇÃO DE PRONO=SUPINAÇÃO
Data da Alta: 01/10/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DEFICIT DE MOBILIDADE
- IV. Nexos de causalidade: 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Ebenone Antonio da Silva
CPF - 882.723.544-20
CRM/PE - 15122


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





2 - Nº da 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 SUSEP Nº 448/2012

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDAS										E - CPF:	
5 - Nome completo:										115.448.384-72	
ANTÔNIO MATEUS SOBRINHO										9 - Número:	
7 - Profissão:										10 - Complemento:	
Agricultor										609 CASA	
8 - Endereço:										13 - Estado:	
S. VAREZA GRANDE										14 - CEP:	
11 - Bairro:										56.930-000	
12 - Cidade:										15 - Tel. (DDD):	
CALUMBI										82.99998-1477	
15 - E-mail:										16 - Data de nascimento:	
RURAL Sítio										19/04/1942	

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:	19 - Profissão do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:	

18 - CPF 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$2.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ **CONTA POUÇANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Poupança (322) ☐ Imóv (341)

☐ **CONTA-CORRENTE** (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 914 ☐ CONTA: 936.212.771 ☐ 1

☐ Informar o dígito 0 (zero)
 ☐ Informar o dígito 9 (nove)

Autorizo a Seguradora Lida a creditar a conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT,
 ☐ recebendo e dando, desde que 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 sou titular do documento de identidade nº 123456789, emitido pelo Departamento de Polícia Federal (DPF), e que o mesmo é verdadeiro e não foi alterado de qualquer forma.

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

☐ O/ML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de avaliação de incapacidade.

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

☐ O/ML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido, com base na documentação médica apresentada.

☐ O/ML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido, com base na documentação médica apresentada, com exceção de casos de invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada.

Peio motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no laudo médico, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora, para verificação da existência e quantificação das lesões sofridas. De acordo com o artigo 6º, § 2º, da Lei nº 6.194/74, art. 39, § 2º, declarando que esta autorização não significa qualquer concordância com a futura

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23- Estado civil do titular: ☐ Solteiro ☐ Casado (a) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado judicialmente ☐ Outro (especificar): ☐
 27- Se titular de outra companhia aérea, informar o nome completo: _____

25 - Grau de Parentesco com a Vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome e o estado civil:
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar:
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou:

28 - Vítima teve filhos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	29 - Se tinha filhos, informar vivos? <input type="checkbox"/> Falecidos? <input type="checkbox"/>	30 - Vítima deixou nascituro(a) ao nascer?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	31 - Vítima teve, em filhos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	32 - Vítima tinha filhos vivos?	Sim <input type="checkbox"/> Falecidos? <input type="checkbox"/>	33 - Vítima teve filhos vivos?	Sim <input type="checkbox"/> Falecidos? <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	---	--	--	------------------------------	--	---------------------------------	---	--------------------------------	---

Estou ciente de que a Seguradora não pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que não preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de estar ciente de que a atual redação do artigo 289 do Código Penal.

34	38 - 11 Nome:
----	-----------------

34
Impressão
digital da

35 - Nome legível de quem assina a rgo/a pedida

CPR:

Assinatura do testemunha

Assinatura de testemunha

39 - CPF legível de quem assina a requisição

39 - 2ª - Nome:

CPF: _____

Assinatura de quem assina a rogatória pedida

40- Local e Data, CALUMIA, PI- 26/02/2011
ANTONIO MATEUS SOBRINHO Agente de campo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019 04 SET

do eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
 oje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416

do documento: 23051914390127000000130448416

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416>
 Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 29

Seguradora LIDER <small>Administradora do Seguro DPVAT</small>		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> OMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima: 115.478.384-77	4 - Nome completo da vítima: ANTONIO MATEUS SOBRINHO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 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: 639	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RURAL S.º	12 - Cidade: CALUMBI	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56.930.000
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): 87 99998-1477	
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:		20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 7.500,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR E CURADOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA-CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 914 <input type="checkbox"/> CONTA: 986.20.771 <input type="checkbox"/>		AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>	
Autorizo a Seguradora LIDER 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			
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
<input type="checkbox"/> 25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
<input type="checkbox"/> 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ <input type="checkbox"/> 30 - Vítima deixou nascituro(a) (se houver)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ <input type="checkbox"/> 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 restituir 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/e pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/e pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/e pedido	
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: CALUMBI - PE 26/08/2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ANTONIO MATEUS SOBRINHO 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): George Carlos Melo Lima			

EPS.001 V002/2019

04 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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 (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

15/08/2019 12:34



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 N° 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 N° 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

15/08/2019 12:34





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: **MUNICÍPIO 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

15/08/2019 12:34



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 N° 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 N° 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

15/08/2019 12:34





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: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 443/2012

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 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: ☒ RECUO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$5.000,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914 CONTA: 986.212.771 1

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 quitação após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve atendimento ao pedido de laudo médico (IML) para fins de indenização 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. 39, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

☒ 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. 39, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (menor)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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 restituir 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 - 39 - 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

04 SET 2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/05/2023 14:39:01

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23051914390127000000130448416

Número do documento: 23051914390127000000130448416

Num. 133539940 - Pág. 35



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DIAMIS (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 (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\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ☐ 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, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA-CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 914 CONTA: 986.20.771

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

☒ 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

26 - Vítima teve filhos? 27 - Se tinha filhos, informar Vivos: 28 - Vítima deixou pais/avós vivos? 29 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 30 - Vítima deixou pais/avós vivos?

31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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 restituir 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/e pedido

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

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha

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

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

53 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

55 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

57 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

59 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

61 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

63 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

65 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

67 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

69 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

71 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

73 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

75 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

77 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

79 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

81 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

83 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

85 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

87 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

89 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

91 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

93 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

95 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

97 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

99 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

103 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

105 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

107 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

109 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

111 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

113 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

115 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

117 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

119 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

121 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

123 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

125 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

127 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

128 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

129 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

131 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

133 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

135 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

137 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

139 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

140 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

141 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

143 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

145 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

147 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

149 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

151 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

152 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

153 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

155 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

157 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

158 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

159 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

161 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

162 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

163 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

164 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

165 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

167 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

168 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

169 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

170 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

171 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

173 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

174 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

175 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

176 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

177 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

179 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

180 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

181 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

182 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

183 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

185 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

186 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

187 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

188 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

189 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

190 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

191 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

192 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

193 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

194 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

195 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

196 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

197 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

198 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

199 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

200 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

201 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

202 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

203 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

204 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

205 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

206 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

207 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

208 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

209 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

210 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

211 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

212 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

213 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

214 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

215 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

216 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

217 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

218 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

219 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

220 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

221 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

222 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

223 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

224 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

225 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

226 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

227 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

228 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

229 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

230 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

231 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

232 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

233 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

234 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

235 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

236 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

237 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

238 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

239 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

240 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

241 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

242 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

243 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

244 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

245 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

246 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

247 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

248 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

249 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

250 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

251 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

252 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

253 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

254 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

9.8828.5695

23 aug.

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA				Nº: 30.
Data: 23.08.19.	Nome: Antonio Moller Sabrinho	Profissão: agricultor	Estado Civil: Solteiro	
Nascimento: 08.04.95	Sexo: M	Responsável:		
Escolaridade: E.M.G.	Mãe: Maria Aparecida Boaventura de Silva			
Endereço: Sítio Várzea Grande	Bairro: Colúmbia/PE	Fone: 9-88590666		
Cartão SUS: 89604177046542	RG/CPF: 9.419.443.805/PE			
Raça/Cor: Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Situação/Queixa:				
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:
Medicações em uso:				
Intolerâncias/Alergias:				
Fluxograma:		Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO
História e Exame Físico: Paciente queixando de dor no L. + 70mm.
Tratamento: 1- Sol. R+ braço J Fratura de ulna Folículo trocitero Antero de 25/02/19
Hipótese Diagnóstica: TBRUM
Carimbo e Assinatura: Dr. João Carlos Campos Médico CRM-PE 25015

04 SET 2019





98858.2275
98828-5625



23 de set.

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 37
Data:	28/09/19					Hora: 08:10
Nome:	Antonio Mateus Colmanes					Profissão: agricultor
Nome Social:						Estado Civil: Solteiro
Nascimento:	08/09/85	Sexo:	M			Responsável: O pai
Escolaridade:	E. M. G. - 1ª série					Mãe: Maria Aparecida de Almeida Silva
Endereço:	Rua Vago Grande					Fone: 9-8859-0866
Bairro:	Município: Belo Monte					RG/CPF:
Cartão SUS:						
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> 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:	
Tratamento:	
Hipótese Diagnóstica:	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 — 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

CAJUMI

06 — UF

PE

07 — DOCUMENTOS ANEXOS

FC

Quantidade

Planta e/ou Mem-
orial Descritivo

Quantidade

08 — DATA

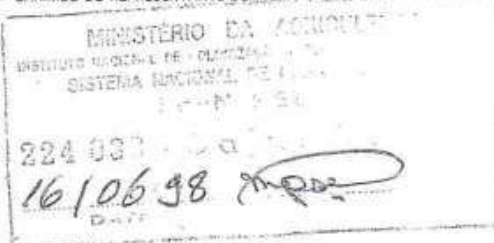
16/06/98

09 — ASSINATURA

Jose Mateus da Silva Sobrinho

- ESTE COMPROVANTE NÃO FAZ PROVA DA SITUAÇÃO CADASTRAL DO IMÓVEL, NÃO SENDO VÁLIDO, PORTANTO, PARA QUALQUER ATO DE 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 51010-002
CNPJ 10.637.300/0001-00 | Insc. Est. 505545-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ANTONIO MATEUS SUBEITO

EVIDÊNCIA DA UNIDADE CONSUMIDORA
21 74224 1741 0000

CPF: 115.478.234-77 INS. 200418009533

CALAMBI-BURACALUMI RURAL
CALAMBI-PE
55410-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO

CONTA CONTRATO: 7024985268 MÊS: 07/2019
DATA DE VIGÊNCIA: 24/07/2019 DATA DE VENCIMENTO: 16/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 7,19

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
06860553	UFICA	17/07/2019
APPROVAÇÃO	Nº DO CUPOM	Nº DA ANULAÇÃO
17/07/2019	201920743	6401006

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo de 20 kWh	20,000000	0,32 0798	6,40
Consumo Ativo Inativo de 20 kWh	6,000000	0,000000	0,00
Adiantando Bateria AMARELA			0,51
Bônus TAPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,38

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)
21017399	CAT	14-06-2019	61,0	17-07-2019	68,0	31	68,00

CONDIÇÃO DE CONSUMO		
Jul-19	30	
Ago-19	30	
Sep-19	30	
Out-19	30	
Nov-19	30	
Dez-19	30	
Jan-20	30	
Fev-20	30	
Mar-20	30	
Abr-20	30	
Mai-20	30	
Jun-20	30	

DISTRIBUIÇÃO DE TENDÊNCIAS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
ICMS	7,47	0,53	0,08
PIS	7,47	0,53	0,08
COFINS	7,47	0,53	0,08

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Consumo de Energia	PE	7,47
Transmissão	PE	0,00
Distribuição	PE	0,00
Perda de Energia	PE	0,00
Energia Solar	PE	0,00
Taxas	PE	0,00
Total	PE	7,47

VALORES APLICADOS	
Consumo de Energia	68,00 kWh
Valor do Consumo	R\$ 6,40

DISTRIBUIÇÃO DE TENDÊNCIAS	
Consumo de Energia	68,00 kWh
Valor do Consumo	R\$ 6,40

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

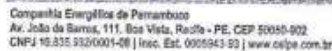
Este documento é emitido em conformidade com a Lei 10.438/2002 e a Resolução 486/2012 da ANEEL. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor e no valor da tarifa. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor e no valor da tarifa. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor e no valor da tarifa.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
TIPO DE INTERRUPÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
INTERRUPÇÃO	0,00	10,74	0,00
RECUPERAÇÃO	0,00	7,47	0,00
REPARO	0,00	6,74	0,00

NÍVEL DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL (V)	220
LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	±5

04 SET 2019





CONTA CONTRATO	MESSANO
1130133025	08/2019
DATA DI VEICOLAMENTO	DATA PRIMAVERA PROGRAM. CONT. SIA
21/08/2019	11/09/2019
TOTALE A PAGARE (€)	163.84

163 RM

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Setor	Consumo (milhões de kWh)	Porcentagem (%)
Indústria	1.171	34,33%
Atividade Econômica	1.186	34,33%
Residencial	1.170	34,33%
Comércio	208	6,25%
Transporte	193	5,75%
Outros	226	6,75%

TARIFAS APLICADAS

Tipo de Tarifa	Consumo (milhões de kWh)	Porcentagem (%)
Residencial	240	7,14%
Comércio	218	6,54%
Indústria	232	7,00%
Atividade Econômica	242	7,14%
Transporte	246	7,29%
Outros	180	5,36%
Outros	182	5,36%

RESUMO DO CONSUMO

Setor	Consumo (milhões de kWh)	Porcentagem (%)
Indústria	1.171	34,33%
Atividade Econômica	1.186	34,33%
Residencial	1.170	34,33%
Comércio	208	6,25%
Transporte	193	5,75%
Outros	226	6,75%

[illegible]

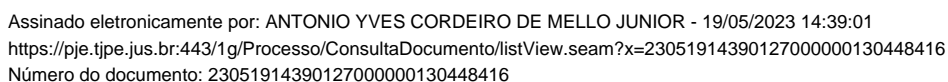
As condições gerais de fornecimento (Prestação Anual, 414/2011), prevê a produção de uma prestação de serviços de manutenção e assistência técnica, com o objetivo de garantir a continuidade das atividades de manutenção e assistência técnica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERPOSIÇÕES				
CONJUNTO	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIG	0,00	5,43	10,86	21,73
DIG	0,00	3,30	8,60	13,20
DIVIG	0,00	3,11	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	NÍVEL DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	212	228

Limite DGR: 12,22 R\$ - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 51,03

04 SET 2019





Terço Social de Energia Elétrica Criado 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 10.832.822/0001-06 | Fone: 51 303543-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ANTONIO MATEUS SUBRIENHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
21 VAPZ, 4 - IMATZ, 2 - 000

CPF 115.479.334-77 INSC. 20041809623

CALUMBI RURAL CALUMBI RURAL
CALUMBI PE
56930-000

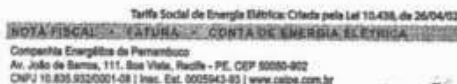
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA TENSÃO COMIN

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
7024985266	07/2019	17/07/2019
7024985266	07/2019	17/07/2019

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Ativo de 30 kWh	30,000000	2,1811255	6,54
Consumo Ativo superior a 30 kWh 100 kWh	8,000000	2,3045583	1,84
Atividade Bancária AMARELA			0,07
Edutax (TAPU - MT 21) 334-10-438/2002			0,28
TOTAL DA FATURA			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
115171834	LAT	14-06-2019	8,100	17-07-2019	88,10	32	80,00
CONSUMO DE CONSUMO							
PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	%	VALOR (R\$)	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	%
01-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
02-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
03-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
04-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
05-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
06-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
07-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
08-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
09-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
10-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
11-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
12-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
13-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
14-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
15-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
16-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
17-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
18-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
19-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
20-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
21-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
22-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
23-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
24-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
25-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
26-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
27-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
28-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
29-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
30-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
31-07-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
01-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
02-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
03-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
04-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
05-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
06-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
07-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
08-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
09-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
10-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
11-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
12-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
13-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
14-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
15-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
16-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
17-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
18-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
19-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
20-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
21-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
22-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
23-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
24-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
25-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
26-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
27-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
28-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
29-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
30-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
31-08-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
01-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
02-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
03-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
04-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
05-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
06-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
07-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
08-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
09-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
10-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
11-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
12-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
13-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
14-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
15-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
16-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
17-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
18-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
19-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
20-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
21-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
22-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
23-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
24-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
25-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
26-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
27-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
28-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
29-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
30-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
31-09-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
01-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
02-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
03-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
04-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
05-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
06-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
07-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
08-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
09-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
10-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
11-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
12-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
13-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
14-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
15-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
16-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
17-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
18-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
19-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
20-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
21-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
22-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
23-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
24-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
25-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
26-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
27-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
28-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
29-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
30-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
31-10-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
01-11-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
02-11-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
03-11-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
04-11-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00
05-11-19	30,00	6,54	93,00	6,54	30,00	6,54	93,00</



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

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

CONTA CORRENTE	MESANO
1130133025	08/2019
SALDO DE VELOCIDADE	2019-08-31
21/08/2019	11/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	163,84

073102422	ONPA	13/08/2019
APRESENTACAO	Nº DO CONTRATO	Nº DA SENTENÇA
13/08/2019	2000630116	3660341

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo (kWh)	171,0000000	0,77545172	132,80
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,18
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,79
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,12
ICMS Subvenção-CDE-UF 085393255-11/08/18			1,16
Desação AFAE - 0800 722 2723			15,00

163.84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA MOEDA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MM)
		BASE	LEITURA	DATA	LEITURA				
183754	CA7	11/07/2018	8.280,00	13/08/2018	8.421,00	33	1,00000		171,00

Consumo em kWh por Categoria (Março 2019)

Categoria	Consumo (kWh)
Atividade 100%	171
Atividade 100%	188
Atividade 100%	170
Atividade 100%	206
Atividade 100%	160
Atividade 100%	236
Atividade 100%	360
Atividade 100%	216
Atividade 100%	232
Atividade 100%	242
Atividade 100%	248
Atividade 100%	182
Atividade 100%	182

ICMS	PIS	COFINS	Valor do Imposto
138,57	138,57	138,57	34,84
35,00	0,74	3,42	1,22
35,00	0,74	3,42	4,72

Consumo (kWh)	Valor do Imposto
171	48,08
188	4,82
170	20,23
206	9,21
160	1,86
236	42,36
360	138,67
216	4,82
232	4,82
242	4,82
248	4,82
182	4,82
182	4,82

INFORMACIÓES IMPORTANTES

[illegible]

For more information on the Community Foundation, call 800-221-2111, visit us on the Internet at www.cfdn.org, or contact your local Community Foundation. We're committed to making a difference.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES					NÍVEL DE TRAFEGO		
INTERMITENTE	VALOR INTERMITENTE	LIMITES INTERMITENTE	LIMITES TRAFEGO	LIMITES TRAFEGO	TEMPO NOMINAL (s)	LIMITES DE VARIAÇÃO (s)	
DIC	0,00	5,43	10,86	21,73	220	20,2	23,1
FIG	0,00	3,30	6,60	13,20			
DMIC	0,00	3,11	6,22	0,00			

Limite DIC: 12,33

RJSD - Valor de Encargos de Uso do Sistema de Distribuição + R\$ 01,52

Linha ODEB 12.22 25.023 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 01,00

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY

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 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 COAF¹.

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 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>87-9.9998.5477</u>

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

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017

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 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 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 GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.495.324 / 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

DLDR001 V001/2017

04 SET 2019

