



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 072ª CIRCUNSCRIÇÃO - BARREIROS -  
DP72ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0162001188**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/10/2018** às  
**15:13**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **24/10/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 01, PONTE DE  
BAETE** - Bairro: **CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

ANIMAL (AUTOR / AGENTE )  
EDJANE MARIA DA SILVA MELO ( OUTRO )  
EDMILSON JOSE DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): EDMILSON JOSE DA SILVA

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

**EDMILSON JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:**  
**GERMINIA MELO DA SILVA Pat: JOSE VICENTE DA SILVA Data de Nascimento: 22/4/1978**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 51, RUA PEDRO CELESTINO - CEP:**  
**55000-000 - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDJANE MARIA DA SILVA MELO (não presente ao plantão) - Sexo:**  
**Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**CG 150 FAN (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDJANE MARIA DA SILVA MELO,**  
que estava em posse do(a) Sr(a): **EDMILSON JOSE DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NAO INFORMADA)**


Placa: **PDD3228 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



## Complemento / Observação

VEIO A ESTA DP EDMILSON INFORMANDO QUE NO DIA HORA E LUGAR SUPRACITADOS QUANDO ESTAVA SE DESLOCANDO PARA SUA CASA UM CACHORRO PASSOU EM FRENTE A MOTO E ELE NAO CONSEGUIU DESVIAR. NA QUEDA ELE FRATUROU O BRAÇO ESQUERDO SEGUNDO LAUDO. FOI SOCORRIDO PARA O H DE BARREIROS E TRANSFERIDO PARA O DOM ELDER.

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

  
EDMILSON JOSE DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por:  ANANIAS FRANCISCO DAS CHAGAS - Matrícula: 3889822





DADOS DO CLIENTE  
GERMINA MELO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA PEDRO DE ALMEIDA, 51

CPF 808.074.194-40

CENTRO BARREIROS  
BARREIROS PE  
55600-000

CLASSIFICAÇÃO  
Pessoa Física  
Residência

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0132376018	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
14/02/2018	07/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	15,08

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
004229410	UNICA	05/02/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/02/2018	2001714071	264917

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	30.0000000	0.4900850	14.80
Multa por atraso - 10% (R\$ 14.80) - 11/02/17			0.33
Multa por atraso - 10% (R\$ 14.80) - 11/02/17			0.17
Multa por atraso - 10% (R\$ 14.80) - 11/02/17			0.15
Compensação FIC Mensal 1/2017			45
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>15,08</b>

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
300900133	1.41	3137	05/02/2018	3137	28	1.0000		0.00

MÊS/ANO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
FEV 18	14.80	0.97	0.06
JAN 18	14.80	0.97	0.06
DEZ 17	14.80	0.97	0.06
NOV 17	14.80	0.97	0.06
OCT 17	14.80	0.97	0.06
SET 17	14.80	0.97	0.06
AUG 17	14.80	0.97	0.06
JUL 17	14.80	0.97	0.06
JUN 17	14.80	0.97	0.06
MAY 17	14.80	0.97	0.06
ABR 17	14.80	0.97	0.06
MAR 17	14.80	0.97	0.06
FEV 17	14.80	0.97	0.06

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
Reservação de Fisco: 199 FOF 3810 C 454 R891 BECF CC 11 557C

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO			
Vencido	Devidos	Valor	Valor
15/01/18	05/02/18	16.24	



*assinado*



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

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1221580113**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1221580113**

NOME  
EDMILSON JOSE DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
5383351 SSP PE

CPF  
045.809.224-09

DATA NASCIMENTO  
22/04/1978

FUNÇÃO  
JOSE VICENTE DA SILVA

GERMINIA MELO DA SILVA

PERMISSÃO  
ACQ  
CAT. HAB.

Nº REGISTRO  
66298925761

VALIDADE  
29/06/2019

1ª HABILITAÇÃO  
09/02/2015

OBSERVAÇÕES  
sem observações

*Edmilson Jose da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
PALMARES - PE

DATA EMISSÃO  
11/02/2016

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

81091711625  
PE071397116

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edjane maria da silva melo,  
RG nº 5712467, data de expedição 21/08/1996  
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 040.957.464-32, com  
domicílio na cidade de BARRA, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Pedro Pelotino, nº 51,  
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 Edmilson José da Silva, cujo o condutor era  
Edmilson José da Silva.

Veículo: PAS motocicleta  
Modelo: Honda/CG150 FAN ESDI  
Ano: 2015/2015  
Placa: PDD 3228  
Chassi: 3C2KCJ630FR 306178  
Data do Acidente: 24/10/2018  
Local e Data: \_\_\_\_\_



Edjane maria da silva melo  
Assinatura do Declarante

Edmilson José da Silva

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

**CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE-PE**  
Av. João Francisco de Melo, 1013 - loja 4 - Centro - CEP: 55565-000 - Fone: (81) 3688-1130/ 9986-2480  
Tabelião: Wilson Luiz da Silva E-mail: cartoriosaojose@hotmail.com

Reconheço a firma por verdadeiro autenticidade de: EDJANE MARIA DA SILVA MELO, S. José da Coroa Grande-PE 07/11/2018 10:23:38. Em testemunho da verdade. Eu DEISE SUELI DA SILVA Emol. 3,59, TSNR 0,80 FERC 0,40 Selo : 0073858.HUD10201803.00157 consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)





### DECLARAÇÃO DE ISENTO

Eu, Edmilson José da Silva brasileiro (a), (estado civil) Conado (profissão) Metetaxi, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº 5383351 e inscrito (a) no CPF/MF sob nº 04580922409 declaro para os devidos fins não ter apresentado a Declaração de Imposto de Renda, por não atingir os parâmetros de obrigatoriedade.

Tal declaração é firmada nos termos da Lei 7.115/83 e sob as cominações legais.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barreiros, 05, fevereiro de 2019.

Edmilson José da Silva  
(Nome e assinatura)

### **ESCRITÓRIO J A LYRA ADVOGADOS E CONSULTORES**

**Unidade Recife-PE:** Av. Barão de Souza Leão, 425, 1710, Boa Viagem, Recife – PE Fone: 081-30977735

**Unidade Barreiros-PE:** Escritório à Rua João Batista de Vasconcelos, 111, Barreiros-PE, 081-36751858

**Unidade São Paulo – SP:** Avenida Paulista, nº 726, 1 andar, Bela Vista, São Paulo – SP, 011-99873-6871



**DECLARAÇÃO**

Edmilson José da Silva, Brasil,  
Vive, Parade, Matetoxi, portador da Cédula de Identidade  
RG nº 5383351, inscrito no CPF/MF sob o número 04580922409,  
residente e domiciliado na  
Rua Pedro Celestino, nº 51,  
Centro, Barreiros - PE, Fones:  
\_\_\_\_\_, declaro que não posso suportar as despesas processuais  
decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo,  
pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50,  
pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso  
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barreiros, 05, Janeiro de 2019.

Edmilson José da Silva  
(Nome e assinatura)

**ESCRITÓRIO J A LYRA ADVOGADOS E CONSULTORES**

**Unidade Recife-PE:** Av. Barão de Souza Leão, 425, 1710, Boa Viagem, Recife – PE Fone: 081-30977735

**Unidade Barreiros-PE:** Escritório à Rua João Batista de Vasconcelos, 111, Barreiros-PE, 081-36751858

**Unidade São Paulo – SP:** Avenida Paulista, nº 726, 1 andar, Bela Vista, São Paulo – SP, 011-99873-6871





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014203328710  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1058345777	*****	2018

NOME  
EDJANE MARIA DA SILVA MELO

BARREIROS-PE

CPF / CNPJ	PLACA
040.957.464-32	PDD3228

PLACA ANT / UF	CHASSI
***** / PE	9C2RC1680FR306178

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
FAS / MOTOCICLETA	ALCO/CASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG150 FAN ESDI	2015	2015

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2018 QUITADO	1ª *****	2ª *****
FAIXA I.R.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	3ª *****
1	*****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES  
AL. FID. BANCO HONDA SA

LOCAL	DATA
BARREIROS	31/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 014203328710 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
EDJANE MARIA DA SILVA MELO

55560-000

BARREIROS-PE

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	31/03/18

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	040.957.464-32	PDD3228

RENAVAM	MARCA / MODELO
1058345777	HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2015	09	9C2RC1680FR306178

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



MAR / 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 11.514.360/0001-28

## RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: CER

Nome do Paciente: Edmilson José da Silva Idade:       

Declaro para devidos fins que o paciente acima citado realizou tratamento fisioterapêutico após fratura distal antebraço E se encontra de alta da fisioterapia.

23/03/19

DATA

D.<sup>a</sup> Gêrsica Buarque  
Fisioterapeuta  
170644-F  
CRM/CRO/COREN



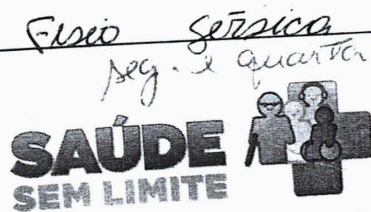




Evite Fumar e Beber!

Pratique exercícios Físicos!

Tenha uma Alimentação Saudável



CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO  
DR. ALZIR AMORIM DE MORAIS

Nome: Edmilson José da Silva

Endereço: R. Pedro Sebastião  
no 51

CNS: 261.0447.21770004

Telefone: (81) 98443-313

DN. 22.04-78

DATA	HORA	MÉDICO
10/12/18	07:00	<i>[Signature]</i>
13/12/18	08:00	<i>[Signature]</i>
17/12/18	08:00	<i>[Signature]</i>
19/12/18	08:00	<i>[Signature]</i>
07/01/19	08:00	<i>[Signature]</i>
09/01/19	08:00	<i>[Signature]</i>
14/01/19	08:00	<i>[Signature]</i>
16/01/19	08:00	<i>[Signature]</i>
21/01/19	08:00	<i>[Signature]</i>
23/01/19	08:00	<i>[Signature]</i>
__/__/__	__:__	<i>[Signature]</i>
__/__/__	__:__	<i>[Signature]</i>

DATA	HORA	MÉDICO
__/__/__	__:__	
__/__/__	__:__	
__/__/__	__:__	
__/__/__	__:__	
__/__/__	__:__	
__/__/__	__:__	
__/__/__	__:__	
__/__/__	__:__	
__/__/__	__:__	
__/__/__	__:__	
__/__/__	__:__	



## LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 12/12/2018

Nº PRONTUÁRIO: 110004

NOME DO PACIENTE: Edmilson Jose de Souza

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura do III de P. de P. de P.

CID:

S52.5

Consolidada

OBS.:

Nº DIAS 15 ( )

AFASTAMENTO DO TRABALHO

**Dr. Eduardo de Queiroz**  
**Ortopedista**  
**CRM 14508 TECT 10552**

Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391



## LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 14/11/18

Nº PRONTUÁRIO: 11004

NOME DO PACIENTE: Edmilson J. L.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ful. Rob. D. U.

CID: 582.8

clínica

OBS.:

Nº DIAS 30 ( dia )

AFASTAMENTO DO TRABALHO

**CRM 14508-0/2018**  
**Edmilson J. L.**  
**Endocrinologista**  
**Estado de Pernambuco**

Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	045.809.224-09	Edmilson Jose da Silva
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:		CPF:
Edmilson Jose da Silva		045.809.224-09
Profissão:	Endereço:	Número:
mototaxi	Pedro Celestino	51
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Barreiros	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
administrativap@plynador.com.br	55560-000	(41) 99751-5587

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

**REND MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 2336 4	CONTA: 053452 2	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

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



## SINISTRO 3190065290 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** EDMILSON JOSE DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** EDMILSON JOSE DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 04580922409

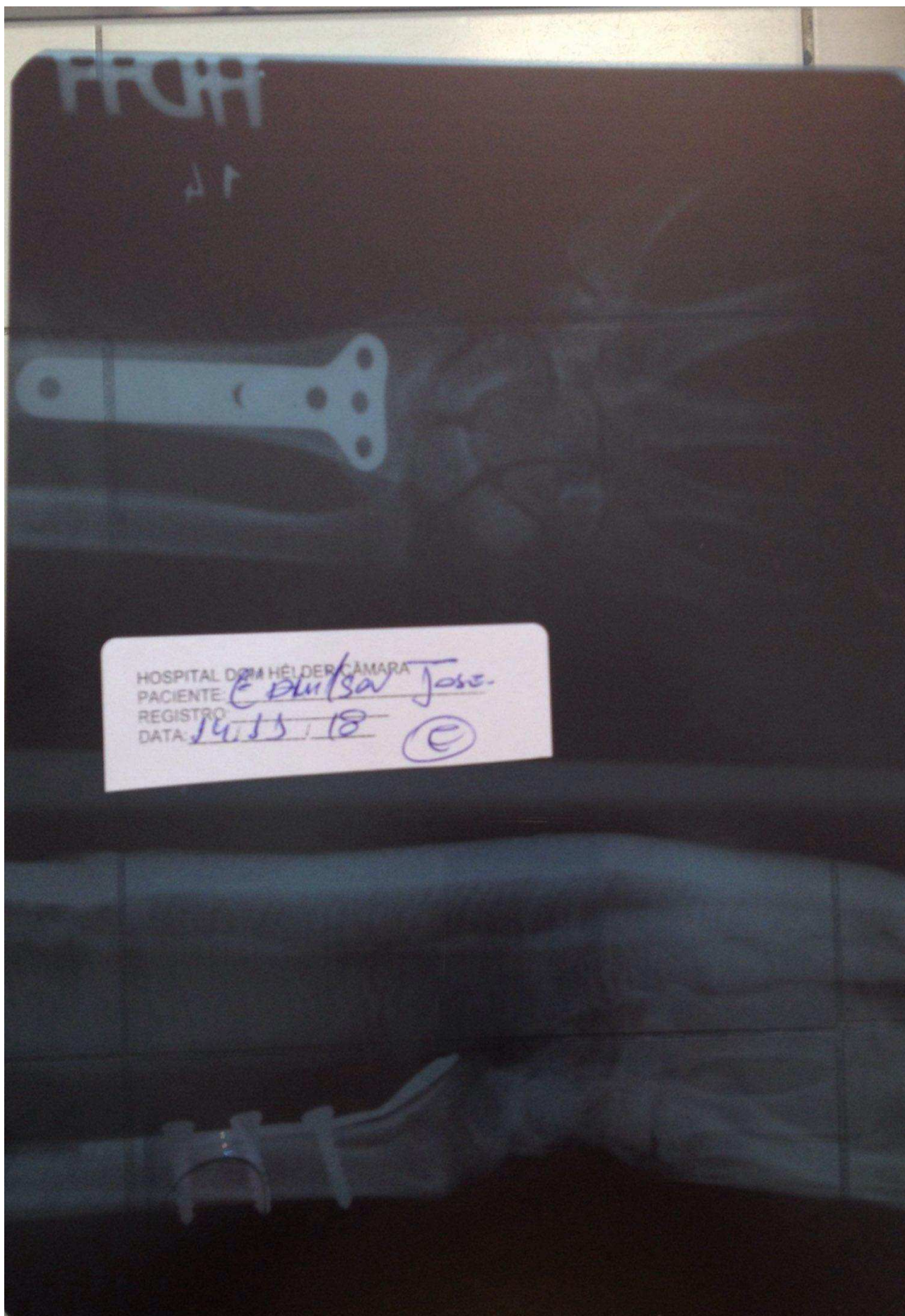
**Posição em 05-02-2019 12:05:55**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [clique aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/02/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	







Scanned by CamScanner



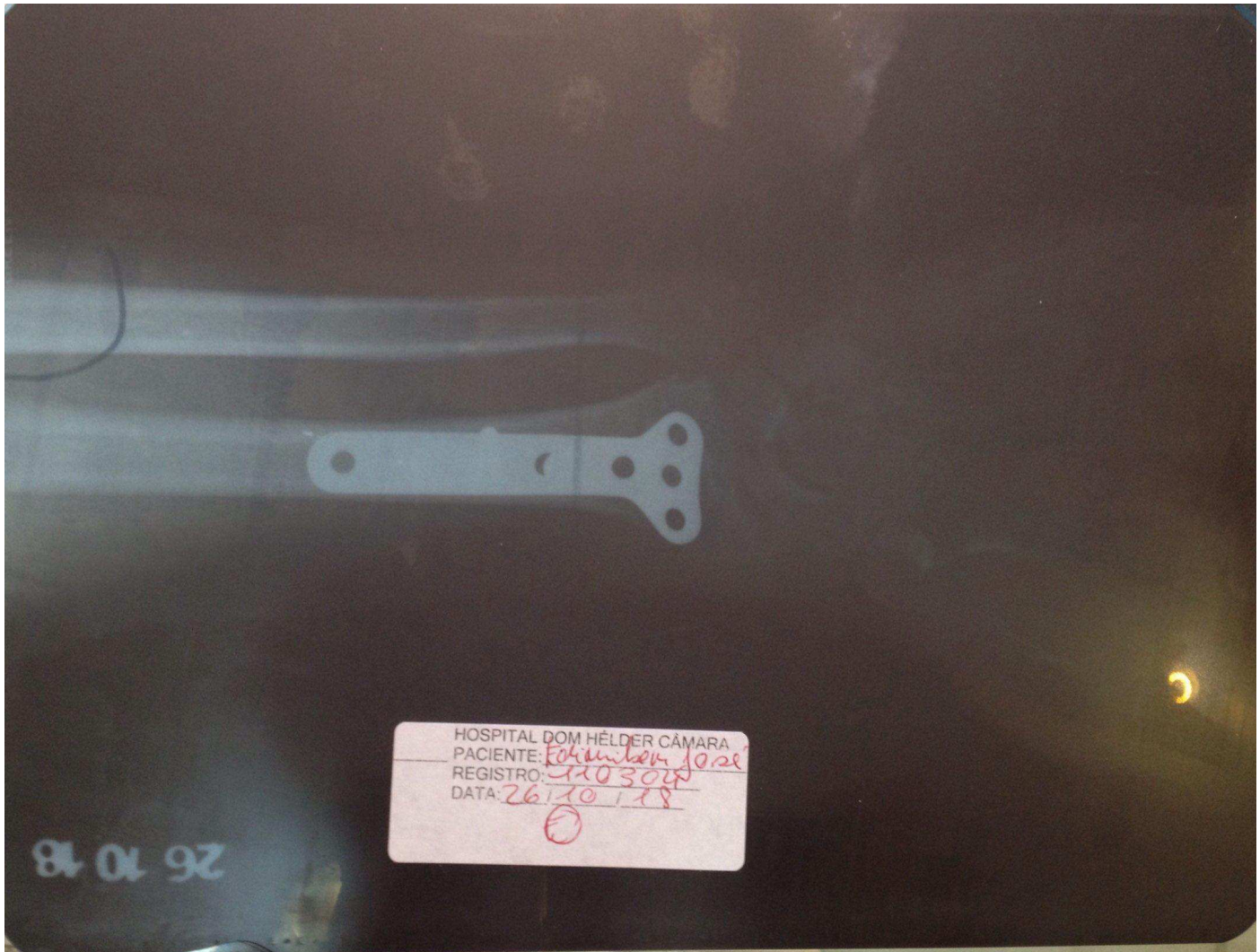




Scanned by CamScanner







Scanned by CamScanner







HOSPITAL DOM HILDER CANIAR  
PACIENTE: OTILIO  
RESISTO: 10/03/18  
DATA: 24/10/18 (3)

Scanned by CamScanner



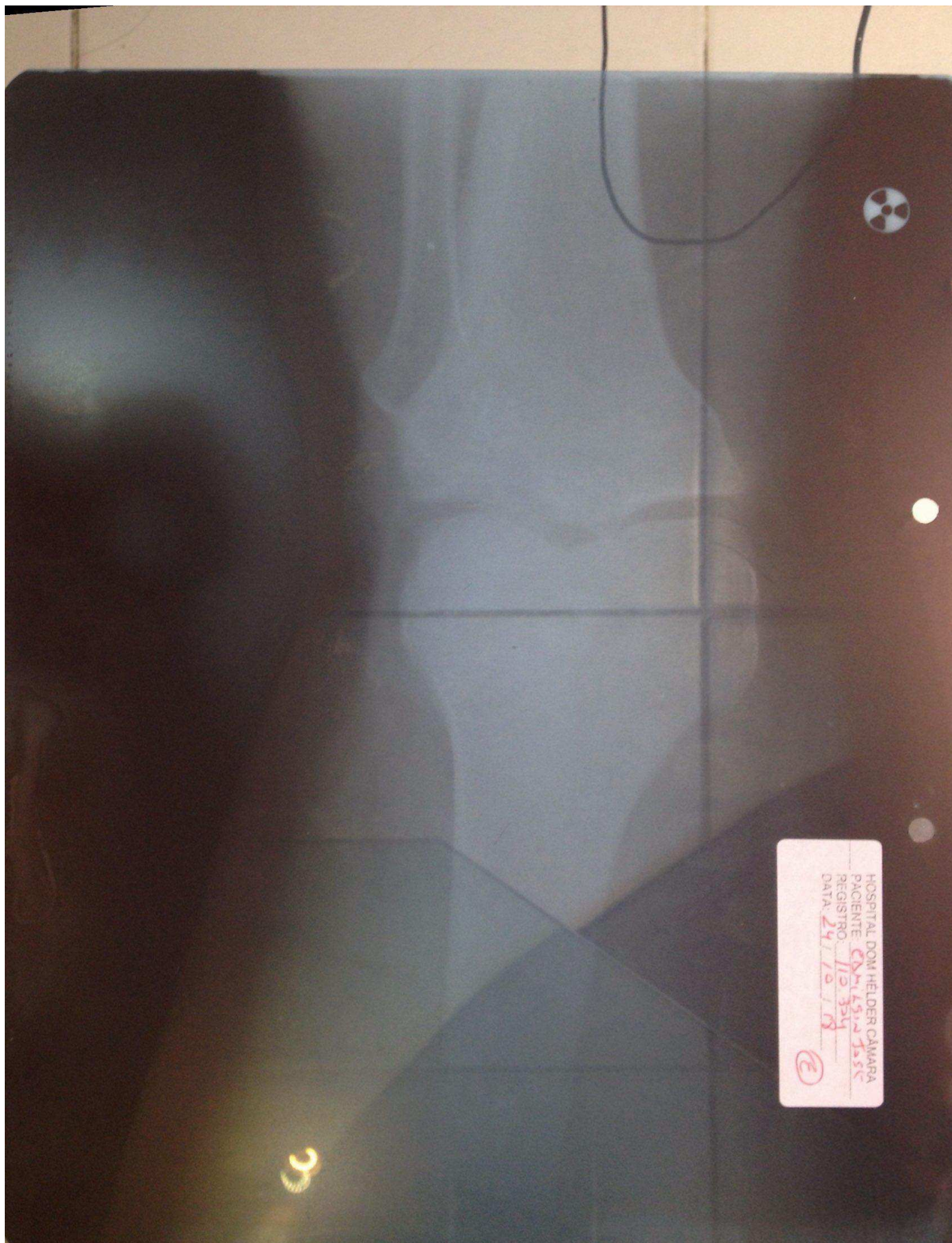




Scanned by CamScanner







HOSPITAL DOM HELDER CAMARA  
PACIENTE: CM 1512 JSC  
REGISTRO: 110324  
DATA: 24/10/18  
(E)

Scanned by CamScanner

