

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANDRE JOSÉ DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade RG nº. 4.599.589 SDS-PE, inscrito no CPF nº 033.396.574-40, residente e domiciliado junto a Sítio Maribondo, nº 12, Zona Rural, Glória do Goitá – PE. CEP: 55620-000.

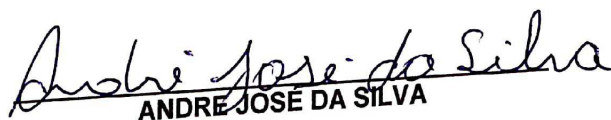
OUTORGADO: a Bela. **MAGNA BARBOSA DA SILVA**, brasileira, Casada, inscrita na OAB-PE 26.600. com endereço profissional sito à Rua André Vidal de Negreiros, 84, sala 101/102, 1º andar, Centro, Vitória de Santo – PE, CEP 55.602.110.

PODERES: Para o foro em geral, com a cláusula AD JUDICIA, e os poderes especiais para, no fiel desempenho do presente instrumento, representar o outorgante em qualquer juízo ou instância. Podendo requerer em Repartições Pública Federal, Estadual e Municipal. Conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordo, conciliar, recorrer, renunciar, receber e dar quitação, renunciar ao direito ou a crédito, receber alvarás e levantar depósitos perante instituições financeiras, e especialmente para defender seus direitos e interesses promovendo **AÇÃO DE COBRANÇA DE DPVAT**. Enfim tanto na esfera administrativa quanto na judicial e outros, enfim, praticar todo e qualquer ato para o bom e fiel cumprimento deste mandato, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de iguais poderes.

CONTRATO DE HONORÁRIOS

Eu, **ANDRE JOSÉ DA SILVA**, ora denominada contratante, e do outro lado a Bela. **MAGNA BARBOSA DA SILVA**, advogada denominada de contratada, celebra o presente contrato, onde o primeiro fica obrigado a pagar ao segundo, a título de honorários advocatícios pelos serviços, 30% (trinta por cento) sobre o valor do êxito da causa, condenação ou acordo realizado pelas partes litigantes, ficando desde já o MM juízo autorizado a reter os valores respectivos.

Vitória de Santo Antão-PE, 26 de Março de 2019.

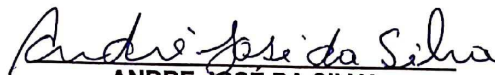

ANDRE JOSÉ DA SILVA



DECLARAÇÃO

ANDRE JOSÉ DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade RG nº. 4.599.589 SDS-PE, inscrito no CPF nº 033.396.574-40, residente e domiciliado junto a Sítio Maribondo, nº 12, Zona Rural, Glória do Goitá – PE. CEP: 55620-000. Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", DECLARO com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Vitória de Santo Antão-PE, 26 de Março de 2019.


ANDRE JOSÉ DA SILVA

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRE JOSE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180479187**
Vítima: **ANDRE JOSE DA SILVA**
Data do Acidente: **12/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LIZIANE DE OLIVEIRA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180479187**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13477551

Scanned by CamScanner

SINISTRO 3180479187 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDRE JOSE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA

EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO ANDRE JOSE DA SILVA

CPF/CNPJ: 03339657440

Posição em 18-03-2019 10:20:01

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Scanned by CamScanner





Hospital do
Tricentenário

Nome: ANDRE JOSE DA SILVA

Dt. Nasc.: 08/08/77 - 41 ano (s)

Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO

Nº registro: 747459

Sexo: Masculino

Fone:

Endereço: SITIO MARIBUNDO, nº 0, ZR. GLORIA DO GOITA - PE

Data/hora: 12/08/2018 - 20:26

Sector: Leito:

Nº pág.: 1/1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

ALERGIA:

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO PROVENIENTE DA CIDADE DE GLORIA REGULADO DE SENHA 5489458 QUEIXANDO-SE DE DOR EM OMBRO D. PARA AVALIAÇÃO DO TRAUMA

EXAME FÍSICO:

Pa: X mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Encaminhado para: CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA
Especialidade: TRAUMATOLOGIA

COREN: 373404
Dr. JOSE ULISSES DOS SANTOS

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833

Scanned by CamScanner



Nome: ANDRE JOSE DA SILVA
Dt. Nasc.: 08/08/77 - 41 ano (s)
Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO
Nº registro: 747459
Sexo: Masculino
Fone:
Endereço: SITIO MARIBUNDO, nº 0, ZR. GLORIA DO GOITA - PE
Data/hora: 12/08/2018 - 20:37
Sector: Leito: **Nº pág.:** 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA:

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO PROVINIENTE DA CIDADE DE GLORIA REGULADO DE SENHA 5489458 QUEIXANDO-SE DE DOR EM OMBRO D . PARA AVALIAÇÃO DO TRAUMA

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

HA 4 HORAS TRAUMA OMBRO DIR APOS QUEDA DE MOTO
 EF=DOR, ESCORIAÇÕES, DEFORMIDADE, BOA PERFUSÃO DÍSTAL
 RX=FRATURA CLAVÍCULA DIR
 CD=IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, TRANSFERENCIA

EXAME FÍSICO:

Pa: X mmHg Temp: °C HGT: mg/dL
 Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA | DIÁFISE ?<? DA CLAVÍCULA| EXTREMIDADE ACROMIAL ?>?

RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

CRM: 19664
 Dr. ISAAC TORRES

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
 Contato: (81) 3526-8833

Scanned by CamScanner



Nome: ANDRE JOSE DA SILVA
Dt. Nasc.: 08/08/77 - 41 ano (s)
Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO
Nº registro: 747459
Sexo: Masculino
Fone:
Endereço: SITIO MARIBUNDO, nº 0, ZR. GLORIA DO GOITA - PE
Data/hora: 12/08/2018 - 21:01
Setor: Leito;
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: X Temperatura: HGT:
 Altura: Peso:

ANAMNESE DO MÉDICO

HA 4 HORAS TRAUMA OMBRO DIR APOS QUEDA DE MOTO
 EF=DOR, ESCORIAÇÕES, DEFORMIDADE, BOA PERFUSAO DISTAL
 RX=FRATURA CLAVICULA DIR
 CD=IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA, TRANSFERENCIA

HOF 5489458

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA | DIÁFISE ?<? DA CLAVÍCULA| EXTREMIDADE ACROMIAL ?>?

CONDUTA

ACIMA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

ACIMA

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Otávio de Freitas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5489458

CRM: 19664
 Dr. ISAAC TORRES

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
 Contato: (81) 3526-8833

Scanned by CamScanner





Nome: ANDRE JOSE DA SILVA (1616743)

Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Admissão: 290036

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Leito: LEITO 02

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que ANDRE JOSE DA SILVA compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
(X) Necessitando de 30 (TRINTA) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
() Como acompanhante.
() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 31/08/2018 as 18:45

Dr. (a) RENATO BELLO COSTA

CRM: 17755





Nome: ANDRE JOSE DA SILVA (1616743)

Admissão: 290036

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

CID 10 : S42 0

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA
EM 31/08/18

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. RENATO BELLO COSTA

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;
- 4 - RETORNAR DIA 10/09/18 AS 18 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO.
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

Relatório Emitido Eletronicamente

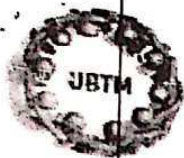
Data: 31/08/2018 as 18:49

Dr. (a) RENATO BELLO COSTA

CRM: 17755

Página 1 de 1





Nome: ANDRE JOSE DA SILVA (1616743)

Admissão: 290036

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

CID 10 : S42 0

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA
EM 31/08/18

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. RENATO BELLO COSTA

ORIENTAÇÕES:

- 1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;
- 4 - RETORNAR DIA 10/09/18 AS 18 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO.
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 31/08/2018 as 18:49

Dr. (a) RENATO BELLO COSTA

CRM: 17755

Página 1 de 1





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Admissão: 290036

Nome: ANDRE JOSE DA SILVA (1616743)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Data: / /

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

USO ORAL

1) CEFALEXINA 500MG ----- 01 CX

TOMAR 01 COMP. DE 6/6H POR 7 DIAS

2) DAPIRONA 1G ----- 01 CX

TOMAR 01 COMP. DE 6/6H

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 31/08/2018 as 18:49

Dr. (a) RENATO BELLO COSTA
CRM: 17755

[Handwritten signature]





RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES

ROT 008-02.V1

NOME: Adriano da SilvaDATA DE NASCIMENTO: 08/08/77 REGISTRO: _____CLÍNICA: Ortopedia ENFERMARIA: _____

LADO MÉDIO

Para o tratamento da
do braço D.
Ficará em TPO com
um gesso. Não há
apresentação de nenhuma
lesão.

CIV-10. 542

DATA: 12/8/18

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15895-1/PE-11537

MÉDICO-CRM

DATA DA
HOMOLOGAÇÃO

Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipió,
Recife - PE
CEP: 50920-640
Telefone: 3182-8500

DATA DA REVISÃO

HOF 075





Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 12-08-18 Hora da Chegada: 19:15 Hora da Saída: _____
Nome: André José dos Santos Registro Nº 271.700
Data de Nascimento: 08/08/1974 Idade: 44 Cor: B Sexo: M Estado civil: S
Nome da Mãe: Severina Maria da Conceição
Endereço: Rua Marcondes Nº: _____ Bairro: Zona rural
Naturalidade: Pereira Responsável: Outra pessoa
Fone: () _____

H. D. A.: _____

Ativo, de grande saúde
Descoligado
Exame físico realizado
Sem alteração

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 120 X 80 mmHg: _____ mg/dL Temperatura: _____ °C

Pulso: _____ bpm Peso: _____ kg. SpO₂: _____ %

Diagnóstico: _____

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

<u>5. Sinais</u>	
<u>SFO 9% 100 ml EV</u>	
<u>Adesivo 100 ml EV</u>	
<u>Gerenciamento do H3MO</u>	

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DO DISTRITO DE ARAPIRACA
Assinado eletronicamente por: MAGNA BARBOSA DA SILVA - 20/06/2019 15:15:54
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062015155425300000046293932
Número do documento: 19062015155425300000046293932



de Saúde

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 12-08-18 Hora da Chegada: 19:15 Hora da Saída: _____
Nome: André José da Silva Registro Nº 271-700
Data de Nascimento: 08/08/1974 Idade: 44 Cor: B Sexo: M Estado civil: S
Nome da Mãe: Selvina Maria da Conceição
Endereço: Rua Mourão Nº: _____ Bairro: Zona Rural
Naturalidade: Pereira Responsável: Outro
Fone: () _____

H. D. A.: Atividade de grande porte
Desconforto
Sintomas de início súbito
Sem alteração prejudicial de seu estado

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 120 X 80 mmHg: HGT: _____ mg/dL Temperatura: _____ °C
Pulso: _____ bpm Peso: _____ kg SpO₂: _____ %
Diagnóstico: _____

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Sintomas
SFO 9% 100 na IEV
Oligúria 100 na IEV
Sintomas na HJMO

At _____
AUTENTICO a presente cópia por ser reprodução fiel do
Original que me foi exibido. Emolumentos R\$ 13,07;
TSNR R\$ 0,69; FERC R\$ 0,34. Glória do Goitá/PE,
21/08/2018. Em testemunho da Verdade. Dou Fé.
Edivan Lourenço da Silva Júnior - Oficial e Tabelião
Selo Digital de Fiscalização: 0130021.JSI01201801.01438
Consulta de autenticidade: www.tjpe.jus.br/selodigital

PEP - Prontuario Electronico do Paciente

EMISSÃO: 10/03/2018 10:20

Atendimento: 290036 Entrada: 25/08/2018 Hora: 07:07
Plano: SUS - DEMANDA
Responsavel:
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Saída: 01/09/2018 Hora: 13:54
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 701409654787635

Paciente: 1616743 ANDRE JOSE DA SILVA
Nascimento: 08/08/1977 (41 Anos e 1 Mês)
Endereco: SÍTIO MARIBONDO
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55620-970
Cidade: 2606101 GLORIA DO GOITA
Pai: EZAQUIEL JOSE DA SILVA
Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 03339657440
Identidade: 4599589 - SDS - PE
Telefone: / 999684184
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 25/08/2018 - 09:05

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE COM FRATURA DE CLAVÍCULA APÓS QUEDA DE MOTO

Exame físico:

DOR + LIMITAÇÃO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE CLAVÍCULA

Prescrição/Conduta:

Horario/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Geral
Fone: (51) 3535-2018
Cidade: Canoas, RS, Brasil

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 18E0154000702

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/09/2018 às 14:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 12/9/2018 às 18:00

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

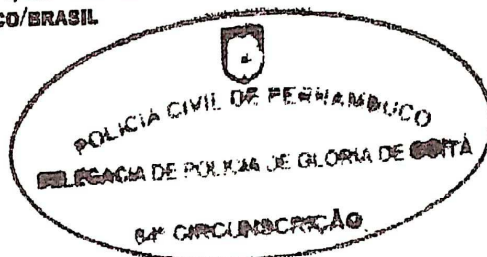
Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO MARIMBONDO, 1, EM FRENTE A FABRICA TOTAL PRÁSTICO** - Bairro:

ZONA RURAL - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MANOEL FELICIANO DO VALE (OUTRO)
ANDRÉ JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ANDRÉ JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **EZEQUIEL JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **8/8/1977** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4559589/SDS/PE (RG), 03338657440 (CPF)** Estado Civil: **ANUFIADO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **SÍTIO MARIMBONDO, 1, CASA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MANOEL FELICIANO DO VALE (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL FELICIANO DO VALE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDRÉ JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KKT2878** (PERNAMBUCO/GLORIA DO GOITA) Chassi: **9C2KCO8508R008610**
Fabricação/Modelo: **1997/1998** Combustível: **GASOLINA**

mento / Observação

ts.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=154&IdOc=7329454&nroBO=18E0154000702&tipo=simples&natPrincipal=ACID... 1/2

Scanned by CamScanner

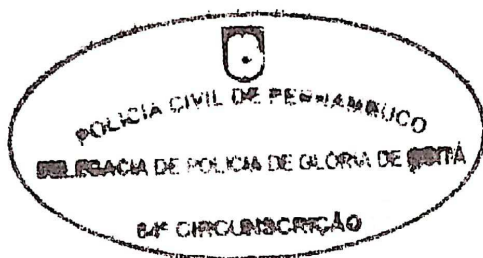


O CONTROLE DE UMA MOTO E CAIU AO CHÃO ONDE SOFRE UMA LESÃO NA CLAVÍCULA DO LADO DIREITO SENDO
SOCORRIDO POR POIPULARES AO HOSPITAL DESTA CIDADEM EM SEGUIDA REMOVIDO AO HOSPITAL JOÃO
MURILO EM VITÓRIA-PE, DEPOIS SENDO TRANSFERIDO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EM RECIFE-PE,
DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO, POSTERIORMENTE FOI PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA EM MORENO-PE, O
QUAL FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, DIANTE DO EXPOSTO FICA CIENTE ESTA DP.

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

André José da Silva
ANDRÉ JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Severino Evaldo do Nascimento* - Matrícula: 159.816-3



<https://security.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=154&IdOc=7329454&nroBO=18E0154000702&tipo=simples&natPrincipal=ACID...> 2/2

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013729161139
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 933806434 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
MANOEL FELICIANO DO VALE

GLORIA GOITA-PE

CPF / CNPJ 023.506.864-00 PLACA RNE2678

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI 9C2EC08508R008610

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ES ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2008

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

COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. / COTAS 2ª 3ª
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

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

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

GLORIA GOITA
Charles Andrews Sousa Ribalzo
Diretor Presidente DETRAN/PE
DATA 01/02/19

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

PE Nº 013729161139 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MANOEL FELICIANO DO VALE

1 TRAV ALFREDO S LEMOS 05 55620-000

CENTRO GLORIA GOITA-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 2018 DATA EMISSÃO 01/02/19

VIA 1 CPF / CNPJ 023.506.864-00 PLACA RNE2678

RENAVAM 933806434 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2007 CAT. DEF. 09 Nº CHASSI 9C2EC08508R008610

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DERIVATION (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

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

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.242.609/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE CARTEIRARIO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Manoel Feliciano do vale,
RG nº 5116164, data de expedição 1/1,
Órgão _____, portador do CPF nº 023.506.864-00, com
domicílio na cidade de Goitá do Brejo, no Estado de
paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
3 Transversal Alfredo S. Lima, Centro, nº 05,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima André José da Silva, cujo o condutor era
André José da Silva.
Veículo: Moto ciclote
Modelo: Honda CG 150 Titan
Ano: 2007/2008
Placa: KKT 2878
Chassi: BC2K C03503R003610
Data do Acidente: 12/08/2018
Local e Data: Goitá do Brejo/PB 14/09/18

RECONHEÇO
A FIRMA

Manoel Feliciano do vale
Assinatura do Declarante

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

NOTAS E PROTESTO DE GLÓRIA DO GOITÁ
Titular: MARLA DAYANE SILVA CAMILO
Telefone: (81) 98345-3420

Reconheço a(s) firma(s) de MANOEL FELICIANO DO VALE
por AUTENTICIDADE. Emolumentos R\$ 3,99; TSNR R\$0,80.
Glória do Goitá/PE, 14/09/2018. Em testemunho da
Verdade. Dou Fé. ARIEL PÉREZ HERNÁNDEZ - ESCRIVENTE.

Selo: 0159533.CUD06201801.00711 14/09/2018 16:07:21
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

