

Dr. João César da Cunha

CRM: 10990

CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA

Fone: (87) 3831-0018

Documentação médico - hos



UNICLIN

MÉDICOS ASSOCIADOS

EDSON CAETANO DA SILVA

Paciente vítima de acidente de moto (queda de moto) na BR 232, no dia 25/05/2018, onde veio a sofrer uma pancada contundente no membro superior direito. Foi encaminhado ao HOSPAM onde após exames de imagem foi constatado uma fratura no 5º metatarso direito e uma fratura na falange distal do 5º pododáctilo direito.

Foi realizado tratamento clínico conservador com tala gessada na mão direita.

Na 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 dores intensas nos locais das fraturas, perda de força importante em 60%, dificuldade para fechar a mão direita.

Após sua alta em definitivo o mesmo apresenta um déficit laboral em 60% para os trabalhos na agricultura visto o mesmo ser destro.

Dr. João César da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM - 10990

Serra Talhada, 04 de Janeiro de 2019



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 343

Data e Hora: 25/05/18 às 20:00		Data Nasc.: 08/10/167	
Nome: Edson Galiano da Silva			
Mãe: Maria Rosa da Silva			
Paciente: ☒ Adulto		Sexo: ☒ Masculino	
Responsável: ☒ Responsável (Mãe)		Escolaridade: ☒ 6º ano	
End. do Paciente: Rua 02 nº 433			
Bairro: Serra Talhada		Município: Serra Talhada	
Cartão SUS: 1266354935700381		Fone: 9949 9224	
Doc. Identidade: 1838400380 PE			
Raça/etnia: ☐ Branco ☐ Preto ☐ Amarelo ☐ Indígena			

Pulsos Arteriais:	Falor:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico: Dor + sangramento na coto da orelha			

Tratamento:
Hidratação 1500 / 10 / 14 Dorativo

Exame físico e exames de laboratório
Impressão diagnóstica: Lesão de pele
Direção do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐
Retorno para Hospital ☐
Data de alta: _____

Assinatura e Carimbo do CRM:

Assinatura do Médico: _____
 CRM: _____
 CHAMÉ: _____



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - PUSAM/SUS/PE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que

Elton Carlos da Silva

Necessita de 60 (sessenta)
dias de licença para tratamento de saúde, a partir da
presente data.

CID = 5-62.3

5-62.6

Serra Talhada, 05/06/18

Dr. Elton Carlos da Silva
Residência Ortopedia
CRM 15420

Médico - CRM

Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA
Fone: (87) 3831-0018

EDSON CAETANO DA SILVA

Paciente vítima de acidente de moto (queda de moto) na BR 232, no dia 25/05/2018, onde veio a sofrer uma pancada contundente no membro superior direito. Foi encaminhado ao HOSPAM onde após exames de imagem foi constatado uma fratura no 5º metatarso direito e uma fratura na falange distal do 5º pododáctilo direito.

Foi realizado tratamento clínico conservador com tala gessada na mão direita.

Na 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 dores intensas nos locais das fraturas, perda de força importante em 60%, dificuldade para fechar a mão direita.

Após sua alta em definitivo o mesmo apresenta um déficit laboral em 60% para os trabalhos na agricultura visto o mesmo ser destro.

Dr. João César da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM - 10990

Serra Talhada, 04 de Janeiro de 2019

Documentos de Identificação



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1560966780



NOME
EDSON CARTANO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ONG EMISSOR / IN
1818400030 MT PE

CPF
562.574.494-72 DATA NASCIMENTO
08/10/1967

PLACAO
LUIZ CARTANO DA SILVA

MARIA BEZERRA DA SILVA

Nº REGISTRO
04530559408

PERMISSÃO
VALIDADE
27/12/2022

CAT. HAB.
AD
18/12/2008

DESERVACOES
RJR

Edson Cartano da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSAO
23/01/2018

[Signature]
Chefe de Gabinete
Diretor Administrativo

PERNAMBUCO

52865184445
PE083146695

PROIBIDO PLASTIFICAR
1560966780

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180338015 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 5º MTCD E 5º QDD.

Descrição do exame físico: EDEMA E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE MÃO DIREITA; BLOQUEIO ARTICULAR PARA FLEXÃO EM 5ºQDD

Resultados terapêuticos: VÍTIMA NÃO TRAZ EXAMES PÓS-TRATAMENTO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Indus - Br
Consórcio de Seguros DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268665/18

Número do Sinistro: 3180338015

Vítima: EDSON CAETANO DA SILVA

CPF: 562.574.494-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2018

Titular do CPF: EDSON CAETANO DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação do ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Outros

Outros



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: 17/01/2019
Nome: EDSON CAETANO DA SILVA
CPF: 562.574.494-72

EDSON CAETANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: Karen Souza da Motta Rocha
CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Edson Caetano da Silva

Data do Acidente: 09/10/2019 Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não Ne CPF: _____

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de invalidez do IML - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMIS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (frechos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Edson Caetano da Silva

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal ☐ CPF do portador: _____

E-mail: melchiorilton.com@gmail.com Tel.: 89 396583594

Data: 09/10/2019 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

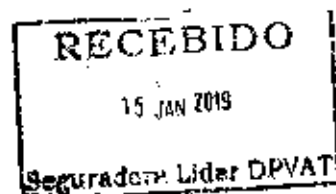
Porto de Atendimento (Nome do porto): AC Sina Talhada - PE

Atendente: [Assinatura] Matrícula: 850884117

Data: 09/10/2019 Assinatura: [Assinatura]

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON CAETANO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180338015**
Vítima: **EDSON CAETANO DA SILVA**
Data do Acidente: **25/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**



Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180338015**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML incorretas.
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180338015 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO E 5º DEDO DE MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268665/18

Número do Sinistro: 3180338015

Vítima: EDSON CAETANO DA SILVA

CPF: 562.574.494-72

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON CAETANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 28/02/2019
Nome: EDSON CAETANO DA SILVA
CPF: 562.574.494-72

EDSON CAETANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON CAETANO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180338015**

Vitima: **EDSON CAETANO DA SILVA**

Data do Acidente: **25/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180338015**.

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 13175973



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180338015

Vítima: EDSON CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDSON CAETANO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180338015

Vítima: EDSON CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDSON CAETANO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%	
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$ 945,00

Recebedor: EDSON CAETANO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000037030-5

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





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CÂMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EDSON CAETANO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.449.329EXPEDIDO POR SDS PEEM 23/10/2015CPF 562574494-72 / CNPI 18535562-0001-03, PROFISSÃO AUTÔNOMO

E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDSON CAETANO DA SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

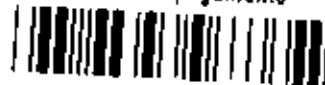
1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

Autorização de pagamento


☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 0914 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 01300037030-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL SERRA TALHADA - PE DATA 10/07/2018

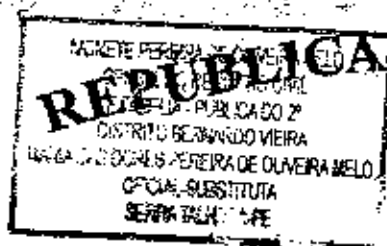
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Edson Caetano da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Ivonete Pereira de Oliveira Melo, oficial do Registro Civil do 2º distrito de Bernardo Vieira do Município e Comarca de Serra Talhada do Estado de Pernambuco, em virtude da lei e etc.

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob Nº 379 fls. 224 do Livro Nº 07 "B" de Registro de Casamentos, verifiquei constar que no dia 01 de fevereiro de 1990 foi realizado o casamento de EDSON CAITANO DA SILVA com FRANCISCA ROSENDO DA SILVA contraído perante o Dr. Juiz Ailton Soares Pereira Lima e as testemunhas as constantes no termo

Ele, nascido em Fazenda Saco deste Município aos 08 de Outubro de 1967 profissão Agricultor domiciliado em Fazenda Cachoeirinha e residente em mesmo lugar filho de Luiz Caitano da Silva e Maria Bezerra da Silva

Ela, nascida em Maternidade da Cidade de Serra Talhada - PE aos 03 de fevereiro de 1973 profissão Doméstica domiciliada em Fazenda Cachoeirinha e residente em mesmo lugar filha de João Rosendo da Silva e Pedrina Francisca da Silva

a qual passou a assinar-se FRANCISCA ROSENDO DA SILVA (mesmo nome)

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180 Nº 1 a 4 do Código Civil Brasileiro.

Foi adotado o regime de Comunhão Parcial de Bens

Observações: Esta na forma do original

Assinatura do Tabelião João Romar



O referido é verdade e eu fé.

Bernardo Vieira, 03 de Dezembro de 2007

Ivonete Pereira de Oliveira Melo
Oficial do Registro Civil

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, EDSON CAETANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.449.329 e inscrito no CPF/MF sob o nº 562.574.494-72, residente e domiciliado na RUA TRAVESSA DOIS Nº 433 ALTO DO B. JESUS, Cidade SERRA TALHADA, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edson Caetano da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SERRA TALHADA - PE 10/07/18

Local e data

1-800-368-2772



JOSEPH

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO - SERRA TALHADA		N. DA NOTIFICAÇÃO: 234-48920-167946	
UNIDADE SENTINELA - HOSPIAM		XIGERES / 1	
DATA DO ATENDIMENTO: 25.05.2018		NÚMERO PRESTUÁRIO: 141	
NOME DE REGISTRO: Wilson Luciano da Silva		TELEFONE: 9199234	
NOME DA MÃE: Mariana Bezerra da Silva		MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Serra Talhada	
SEXO: MASCULINO () FEMININO () OUTRO ()		GÊNERO: () masculino () feminino () outro ()	
DATA NASCIMENTO: 08.10.1967		IDADE: _____	
RAÇA/COR: () branca () preta () amarela (X) parda () indígena			
OCUPAÇÃO RELACIONADA AO SETOR DE TRANSPORTE: () motorista de carro de passeio () motorista de taxi () motorista ônibus similar () motorista de caminhão () motoboy () condutor de veículo de tração animal () condutor de veículo a pedalar (X) motociclista			
NATUREZA DA OCUPAÇÃO RELACIONADA AO SETOR DE TRANSPORTE:			
() motorista de carro de passeio () motorista de taxi () motorista ônibus similar () motorista de caminhão () motoboy () condutor de veículo de tração animal () condutor de veículo a pedalar (X) motociclista			
OCUPAÇÃO NÃO RELACIONADA AO SETOR DE TRANSPORTE (ESPECIFICAR):			
MEIO DE LOCOMOÇÃO DA VITIMA AO CHEGAR À UNIDADE SENTINELA:		CONDIÇÃO DA VITIMA AO CHEGAR NA UNIDADE SENTINELA:	
(X) veículo particular () posto público () SAMU () ambulância () condutor () pedestre () outros		(X) consciente () inconsciente () morto () outros	
DATA DO ACIDENTE: 25.05.18		HORA DO ACIDENTE: 20:30	
ZONA DE OCORRÊNCIA: () urbana (X) rural			
MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA: Serra Talhada		LOCAL DO ATO: BR 232	
BAIRRO: Vila Bela		PONTO DE REFERÊNCIA: De Frente ao Sup. Páteo	
TIPO DE VITIMAS: (X) condutor () pedestre () passageiro () pessoa exposta em local inadequado			
MEIO DE LOCOMOÇÃO: () a pé () automotivo (X) motocicleta () bicicleta () ônibus () veículo pesado () ambulância SAMU resgate () veículo de tração animal () outros			
NATUREZA DO ACIDENTE: () colisão () atropelamento () embatimento deslize/paralisação () queda em/dentro do veículo (X) choque em objeto fixo			
OUTRA PARTE ENVOLVIDA NO ACIDENTE: () automóvel () motocicleta () bicicleta () ônibus similar (X) objeto fixo () animal () veículo pesado () pedestre () NÃO SE APLICA () veículo de tração animal/montado			
ACIDENTE RELACIONADO AO TRABALHO: () durante serviço/trabalho () indo ou voltando do trabalho (X) não relacionado ao trabalho () não se aplica (estudante/desempregado)			
FATORES RELACIONADOS AO ACIDENTE			
EXCESSO DE VELOCIDADE PELO CONDUTOR: () sim (X) não () ignorado		SONO/FADIGA DO CONDUTOR: () sim (X) não () ignorado	
CONDUTOR POSSUI HABILITAÇÃO: (X) sim () não () ignorado		USO DE CELULAR: () sim (X) não () ignorado	
USO DE BEBIDA ALCOÓLICA PELO CONDUTOR: () sim (X) não () ignorado		DESRESPEITO AO SEMÁFORO: () sim (X) não () ignorado	
OUTRO FATOR RELACIONADO AO ACIDENTE: () buraco na via () ausência de sinalização na via () excesso de pedestres fora da faixa () desvio de animal da pista () pedestre desviado (X) nenhum outro fator () outro fator			
FATORES RELACIONADOS À PROTEÇÃO DA VITIMA			
USO DE CINTO DE SEGURANÇA/EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO PELA VITIMA: () sim () não () ignorado (X) não se aplica		USO DE CAPACETE PELA VITIMA: (X) sim () não () ignorado () não se aplica	
NATUREZA DA LESÃO: () fratura () amputação traumática () traumatismo cranioencefálico () lesões de órgãos internos () politraumatismo () queimadura (X) corte/laceração () torção/luxação () outra			
PARTE/REGIÃO DO CORPO: () cabeça () face () pescoço () coluna lombar () tórax/dorso () abdome () pernas () membros superiores (X) membros inferiores () múltiplos órgãos			
EVOLUÇÃO EM 72 HORAS DO ATENDIMENTO NO SERVIÇO: (X) alta hospitalar () alta com encaminhamento ambulatorial () internação hospitalar () transferência para outra unidade de saúde () evasão/fuga () óbito () não se aplica			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			



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

Nº do sinistro ou ASI: 3180338015 CPF da vítima: 56257449472 Nome completo da vítima: Edson Caetano da Silva

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

Nome completo: Edson Caetano da Silva CPF: 56257449472

Profissão: Autônomo Endereço: Rua Nossa Senhora da Penha Número: 433 Complemento: Casa

Bairro: Alto do Bom Jesus Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56912-500

E-mail: _____ Tel. (DDD): (87) 99979.9224

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914 8 CONTA: 37030 5

(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada-PE, 15/02/19 TESTEMUNHAS

Nome: _____ 1ª | Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Edson Caetano da Silva 2ª | Nome: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 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.

Declaração de Inexistência de



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 0271206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Edson Celso da Silva

CPF da Vítima

56257449472

Data do Acidente

25/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Seneta Macedo - 08 de janeiro de 2019

Local e Data

Edson Celso da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 04/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON CAETANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000037030-5

Nr. da Autenticação 5A4EB0CC3FCD2C4D

OAD-28 DO CLIENTE

FRANCISCA ROSENTHAL DA SILVA

PROTEGGO DA LIMITATA RESPONSABILITÀ

FIA Nº 53A SÚMORA DA FOLHA 433

Case 04-1712 Doc 4-1 Filed 10/20/04 Page 1 of 1

ALTO BOM JESUS/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
C-14-44

ADA
CEP: 56906-295

CLASIFICACIÓN

(b) RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NPS
MÍNIMO 0,50

SPDA NOTAVESAL	88888	CHASS
023122080	CHACA	06/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO TILAVEN	Nº DA NOTAVESAL
06/07/2018	2011/17247	8852373

CÓDIGO CONTRATO	FECHA
2779687018	07/2018
CÓDIGO VOUCHER	CÓDIGO PROVISIÓN DE FOMENTO
13/07/2018	07/08/2018
TOTAL A PAGAR (P3)	36.45

DISCLAIMER: NOT A CONTRACT

	QUANTITY	PRICE (R)	VALUE (R)
Consuming Arms are 30 Mm	20 0000000	0,12500000	5,57
Consuming Arms are 30 Mm 100 Mm	65 0000000	0,21000000	20,72
Armament Standard 100 Mm 100			2,80
Consuming 30 Mm 100 Mm			1,25
Consuming 30 Mm 100 Mm			5,00

Comprovanle de residencia

مجلس الشورى

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE	CONSUMO (KWH)	JULI/22	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000103	CAT	17/06/2021	18.000,00	06/07/2021	18.000,00	25	1,0000		0,00

— 25 —

1986 Salary Scale	
AA-10	\$5
AA-11	\$16
AA-12	\$18
AA-13	\$12
AA-14	\$15
AA-15	\$17
AA-16	\$18
AA-17	\$18
AA-18	\$18
AA-19	\$18
AA-20	\$18
AA-21	\$18
AA-22	\$18
AA-23	\$18
AA-24	\$18
AA-25	\$18
AA-26	\$18
AA-27	\$18
AA-28	\$18
AA-29	\$18
AA-30	\$18
AA-31	\$18
AA-32	\$18
AA-33	\$18
AA-34	\$18
AA-35	\$18
AA-36	\$18
AA-37	\$18
AA-38	\$18
AA-39	\$18
AA-40	\$18
AA-41	\$18
AA-42	\$18
AA-43	\$18
AA-44	\$18
AA-45	\$18
AA-46	\$18
AA-47	\$18
AA-48	\$18
AA-49	\$18
AA-50	\$18
AA-51	\$18
AA-52	\$18
AA-53	\$18
AA-54	\$18
AA-55	\$18
AA-56	\$18
AA-57	\$18
AA-58	\$18
AA-59	\$18
AA-60	\$18
AA-61	\$18
AA-62	\$18
AA-63	\$18
AA-64	\$18
AA-65	\$18
AA-66	\$18
AA-67	\$18
AA-68	\$18
AA-69	\$18
AA-70	\$18
AA-71	\$18
AA-72	\$18
AA-73	\$18
AA-74	\$18
AA-75	\$18
AA-76	\$18
AA-77	\$18
AA-78	\$18
AA-79	\$18
AA-80	\$18
AA-81	\$18
AA-82	\$18
AA-83	\$18
AA-84	\$18
AA-85	\$18
AA-86	\$18
AA-87	\$18
AA-88	\$18
AA-89	\$18
AA-90	\$18
AA-91	\$18
AA-92	\$18
AA-93	\$18
AA-94	\$18
AA-95	\$18
AA-96	\$18
AA-97	\$18
AA-98	\$18
AA-99	\$18
AA-100	\$18

[illegible]

	DATE OF CHANGE	%	WEEKS OFF
1978	7/1/80	0.23	
1979	7/1/81	0.26	

Desafios da Energia	21	1.57
Políticas de Energia	24	1.71
Características (Cargas)	28	2.23
Formas de Energia	31	2.27
Proteções e Sistemas	32	1.16
Exercícios	33	1.23

Continued from page 20 (left)

• **Wavelength** – distance between two consecutive peaks or troughs

১৯৭৬ সালে
 ১৯৭৬ সালে

1992年12月12日 星期一

REPRODUCED FROM THE ORIGINAL

The following information was obtained from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, regarding the land owned by the United States in the State of California:

[illegible]

Declaração do proprietário do



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ISMAEL DA SILVA FRANÇA

RG nº 8456457, data de expedição 08/07/2008

Órgão SAS/PE, portador do CPF nº 088 408 804 96, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Três, nº 880,

complemento Carre, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDSON CAETANO DA SILVA, cujo o condutor era
EDSON CAETANO DA SILVA

Veículo: motocicleta

Modelo: HONDA CG 150

Ano: 2012

Placa: PEX 0210

Chassi: BC2KC1650CR552P04

Data do Acidente: 25/05/2018

Local e Data: Serra Talhada - PE, 31/10/2018

Ismael França

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)



Edson Caetano da Silva

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

(Sem reconhecimento de firma)

Reginaldo Anísio da Silva

Declaratório Titular e Of. do Protesto

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE

Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA

Telefone: (07) 36311-323

Rebomhaço a Firma por Autenticidade de ISMAEL DA SILVA
FRANÇA - Dou. Fé. Serra Talhada - PE. Em Rept. () da
Verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. ()
Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Empt. - R\$ 9,39. TSNR
R\$ 0,00. FERC - R\$ 0,00. IBS - R\$ 0,20.

Selo: 0074972.FKP10201801.03500432/10/2018 11:48:42
Consulte autenticidade em www.tape.iaa.br/seledigital