Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/01/2020

Número: **0048639-51.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **16/08/2019**
Valor da causa: **R$ 9.450,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56473342	15/01/2020 10:19	2647354_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00486395120198172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**, 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:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no punho esquerdo, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190162234 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no punho esquerdo em grau médio (50%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no punho esquerdo, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ademais, conforme demonstrado pela própria ré, nos documentos de atendimento médico resta comprovada a ausência de sequelas tendo em vista que o autor **SOFREU APENAS UM EDEMA NO PUNHO ESQUERDO SENDO TAL LESÃO TRATADA COM O USO DE TALA**:

Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JANICLAUDIO CAETANO DE OLÍVEIRA **Atendimento:** 01149727
Data Nascimento: 01/06/1988 **Idade:** 30 Anos, 2 Meses e 28 Dias **Prontuário:** 00456230
Sexo: Masculino

História Atual:
queda de moto, com dor em punho

Exame Físico:
dor + edema + limitação de adm

Exames Complementares/Resultados:
rx

Hipóteses Diagnósticas:
fratura de radio distal

Conduta:
tala + medicado + orinetado + ao hra

SENHA: | **COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:** ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:
43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:
acima

29 DE AGOSTO DE 2018
Hora: 15:04

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): JACKSON JOSE FLORENCIO JUNIOR
CRM - 18573

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
21 FEV 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Desta forma, os documentos médicos apresentados nos autos comprovam a AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE do autor.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o punho esquerdo não possuía sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 14 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/01/2020

Número: **0048639-51.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **16/08/2019**
Valor da causa: **R$ 9.450,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) AMANDA KARLA SOARES DA SILVA (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56473343	15/01/2020 10:19	ANEXO 1	Outros (Documento)

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

Data: 29 / 08 / 18

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____

Nome do paciente: _____

Nascimento: _____

Data nasc. ___/___/___ Idade _____ Sexo ( ) MASC ( ) FEM Cor: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Ponto de referência: _____

Profissão: _____

Nome do acompanhante: _____ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____

TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRANSITO ( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS

_____

_____

_____

EXAME FÍSICO:

_____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____ CID: _____

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO: _____

ASSINATURA DO MÉDICO (CARIMBO)

DESTINO DO PACIENTE

( ) ALTA ( ) OBITO
( ) REFERIDO PARA REFERÊNCIA COM MELHORAMENTO PRESUMIDO ( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
( ) REFERIDO PARA REFERÊNCIA COM MORTE NÃO APLICADA ( ) INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA DO MÉDICO (CARIMBO)

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO nº: 71.459
DATA: 29/02/18
HORÁRIO: 11 H 23 MIN.

[redacted]

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Jancinaldo Oliveira da Silva
Genitora: Eurídia Maria da Silva
Data nasc.: [illegible] Idade: 30a Sexo: (X) MASC. ( ) FEM. Doc: _____
Endereço: [illegible] nº: _____
Bairro: [illegible] Ponto de referência: _____
Profissão: [illegible]
Nome do acompanhante: _____ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____
TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS ( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: ( ) ANDANDO ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMÓVEL ( ) OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. | PESO: | TEMP.:

QUEIXA PRINCIPAL: [illegible]

EXAME FÍSICO: [illegible]

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: [illegible]

EXAMES SOLICITADOS: _____

TRATAMENTO PROPOSTO: [illegible]

Adelaide [illegible]
Tel. [illegible]
[illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:
( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA [illegible]
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
( ) ÓBITO: _____ H _____ MIN.
( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
( ) INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR
DATA: ___/___/___ HORA: ___:___
ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

IMPREV
[illegible] SIA
12 JUL 2019

PROTOCOLO
[illegible] RECIFE

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Profissional ACS

Ponto de referência:

( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA

TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS ( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO

AGENTE CAUSADOR ( ) ANIMAIS ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMÓVEL ( ) OUTROS

PESO TEMP

PRESSÃO ARTERIAL MAX MIN

QUEIXA PRINCIPAL

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO

ASSINATURA DO MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE

( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

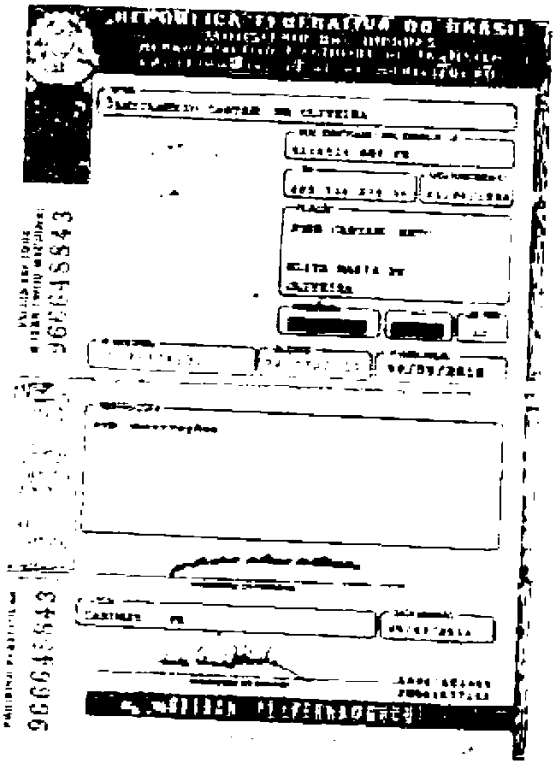
OBITO
( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
( ) INTERNAMENTO

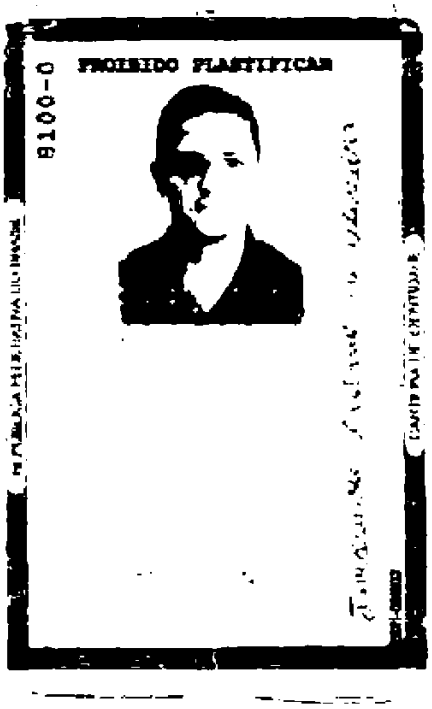
ALTA HOSPITALAR

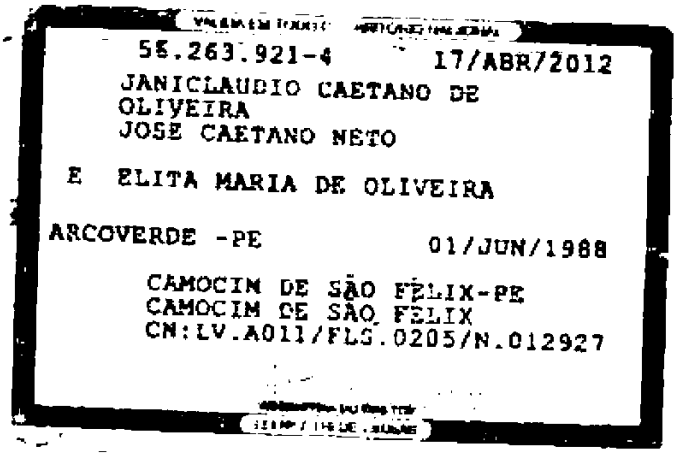
DATA ___/___/___ HORA

ASSINATURA DO MÉDICO

COMPREV
COMPREV - GESTÃO E PREVIDÊNCIA S/A
15 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
96664 5643
96664 5643





55.263.921-4 17/ABR/2012
JANICLAUDIO CAETANO DE
OLIVEIRA
JOSE CAETANO NETO

E ELITA MARIA DE OLIVEIRA

ARCOVERDE -PE 01/JUN/1988

CAMOCIM DE SÃO FELIX-PE
CAMOCIM DE SÃO FELIX
CN:LV.A011/FLS.0205/N.012927

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
402.734.278-06

Nome
JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

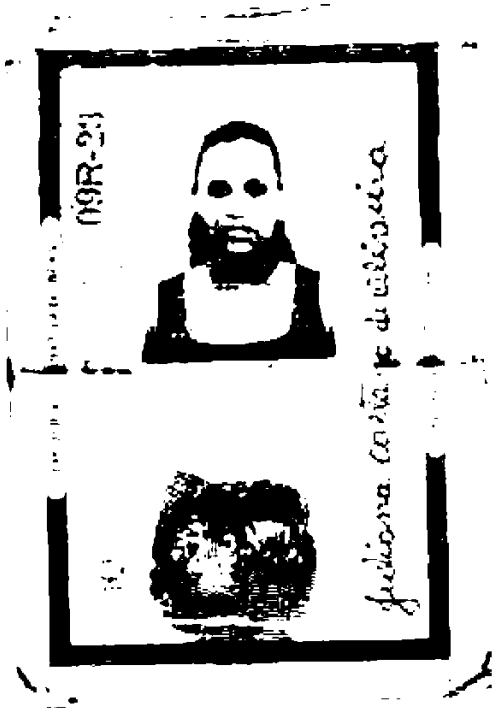
Nascimento
01/06/1988

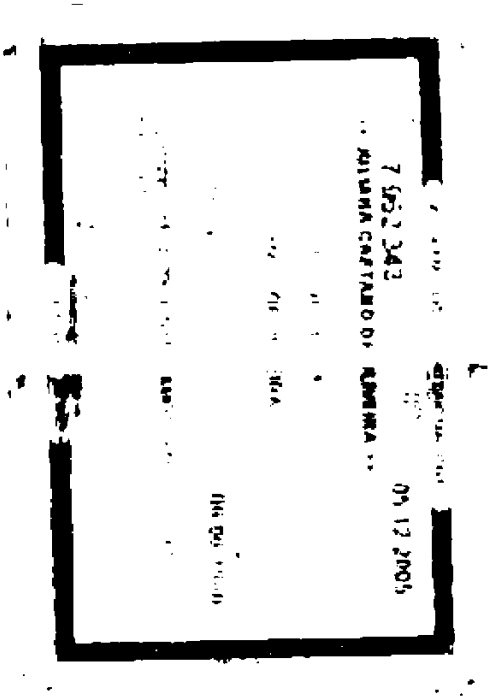
VÁLIDO NO ÂMBITO DOS COMPROVANTES DE IDENTIFICAÇÃO

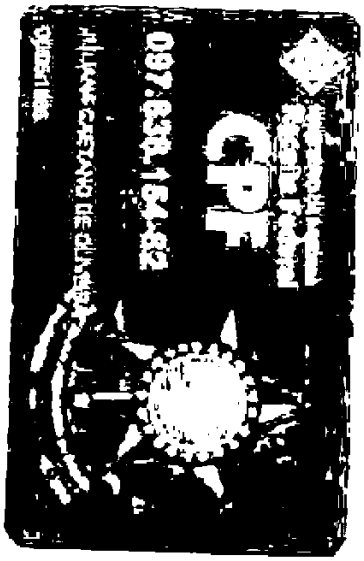
CÓDIGO DE CONTROLE
58DF.5C34.B79B.B88C

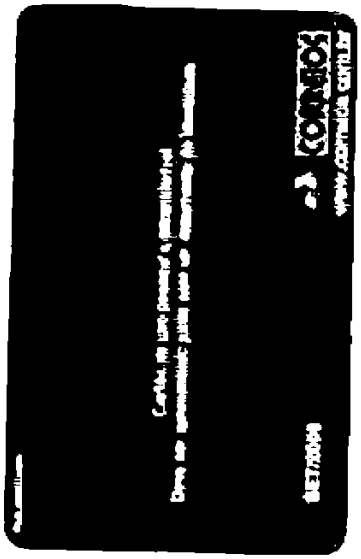
A autenticidade deste comprovante pode ser confirmada no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

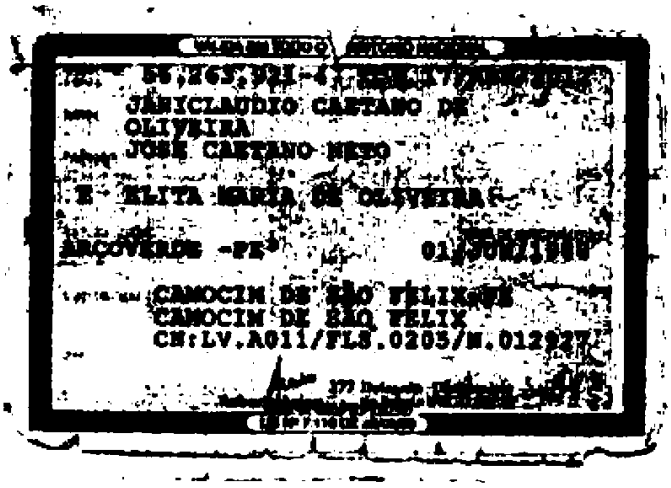
Comprovante emitido
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 18:58:02 de 25/10/2012 (hora e data de Brasília)
Código de verificação: 00






CPF
097.858.164-82
ALLYANE CAETANO DE OLIVEIRA


CORREIOS



JANICLAUDIO CAETANO DE
OLIVEIRA
JOSÉ CAETANO NETO
E ELITA MARIA DE OLIVEIRA
ARÇOVERDE -PE
CAMOCIM DE SÃO FELIX-PE
CAMOCIM DE SÃO FELIX
CN:LV.A011/FLS.0205/N.012927

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
402.734.278-06
Nome
JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

Nascimento
01/06/1966
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
98DF.5C34.B798.B69C

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:38:49do dia 30/10/2012 (para a data de Brasília)
dígito verificador: 68

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DPVAT

PE Nº 01361577102

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

PE Nº 01361577102 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

PRÊMIO PAGO ANTE

SEGURADORA LIDER - DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 01381537102 2
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA | CÓD RENAVAM 5 | INTRC ********** | EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE IVSON DA SILVA
CARUARU DE SAO FELIX

CPF/CNPJ 319.484-21 | PLACA RED3E65

PLACA ANT/UF ********** | CHASSI 9C2KD0540DR125345

ESPÉCIE TIPO MOTOCICLETA | COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD | ANO FAB 2013 | ANO MOD 2013

CAP/POTÊNCIA ******* | CATEGORIA PARTICULAR | COR PREDOMINANTE PRETA

IPVA
COTA ÚNICA 01 A VISTA QUITADO | VENC. COTA ÚNICA | VENC/COTAS 1ª ******** 2ª ******** 3ª ********
FAIXA IPVA | PARCELAMENTO/COTAS **********

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

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL CARUARU DE SAO FELIX | DATA 14/05/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
DETRAN/PE

PE Nº 01381537102 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE IVSON DA SILVA

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

CARUARU DE SAO FELIX | EXERCÍCIO 2018 | DATA EMISSÃO 14.05.18

VIA 1 | CPF/CNPJ 319.484-21 | PLACA RED3E65

RENAVAM 993295841 | MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB 2013 | DE INF. US... | Nº CHASSI 9C2KD0540DR125345

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R$) | DENATRAN (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$)
CUSTO DO BILHETE (R$) | IOF (R$) | TOTAL SEM PAG SEGURO (R$)
PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DEVOLVA ESTE BILHETE DPVAT.

SET-0817

COMPREV
COMPREV ... AGENCIA S/A
13 JUN 2019
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190162234 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190162234 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R$ 0,00

Procuração

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200988/19

Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

Data do acidente: 29/08/2018

CPF: 402.734.278-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA : 402.734.278-06

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: 13/06/2019
Nome: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA
CPF: 402.734.278-06

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200988/19

Número do Sinistro: 3190378561

Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

Data do acidente: 29/08/2018

CPF: 402.734.278-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA : 402.734.278-06

Autorização de pagamento

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: 15/07/2019
Nome: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA
CPF: 402.734.278-06

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

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, 22 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190162234 **Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 29/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JULIANA CAETANO DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

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

Pag. 01743/01744 - carta_01 - INVALIDEZ

00010872

Carta nº 13980594

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 Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190162234 **Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 29/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JULIANA CAETANO DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00055/00056 - carta_04 - INVALIDEZ

00060028

Carta nº 14011576

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ [illegible] ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP [illegible]

☒ [illegible]

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

☒ CONTA POUPANÇA

☐ CONTA CORRENTE

Nome do BANCO:

☐ Bradesco [illegible]
☐ Banco do Brasil [illegible]
☐ [illegible]
☒ Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA: [illegible] CONTA: [illegible]

AGÊNCIA: CONTA:

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

☒ [illegible]
☐ [illegible]
☐ [illegible]

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

TESTEMUNHAS

Seguradora LÍDER

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: 402.734.278-06

4 - Nome completo da vítima: Jamicláudio Caetano de Oliveira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Jamicláudio Caetano de Oliveira

6 - CPF: 402.734.278-06

7 - Profissão: Pedreiro-MI

8 - Endereço: Sl Coco

9 - Número: 544

10 - Complemento:

11 - Bairro: Sítio Coco

12 - Cidade: Camocim de São Felix

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55885-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): (81) 95258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 4995 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 15228 9 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CVI) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascesse)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impossibilitado de assinar o(a) declarante por analfabetismo

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

15 JUL 2019

PROTOCOLO

40 - Local e Data: Camocim de São Felix 05/07

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jamicláudio Caetano de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇAO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0190000857**

Ocorrência registrada nesta unidade policial em 21/12/2018 às 08:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo - Consumado: Que aconteceu em 29/8/2018 no período da Manhã

Local: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, PE 101 Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO FELIX PERNAMBUCO BRASIL
Referência: RODOVIA ESTADUAL - PERTO DA ENTRADA DE BASTIÃO GINU

Descrição da ocorrência

Qualificação das pessoas envolvidas

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: ELITA MARIA DE OLIVEIRA - Pai: JOSE CAETANO NETO - Nascimento: 1/6/1988 - Nat.: ARCOVERDE - PERNAMBUCO - BRASIL - RG: 5826392 SSP SP (RG) - Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO - Profissão: AGRICULTOR(A) - CPF: 907489755

Endereço residencial: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, SITIO BASTIÃO GINU - CEP: 0 - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO FELIX PERNAMBUCO BRASIL

PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido - Nat.: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

Qualificação dos objetos envolvidos

MOTOCICLETA (VEICULO) - Proprietário: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA - Condutor: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA
Descrição: MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ESD - Placa: Não - Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE) - Valor: 7500 (REAL)

Placa: PEO 356 - Renavam: 532635841 - Chassi: 9C2KD0540DR125849
Ano: 2013/2013 - Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

A VITIMA DIZ QUE ESTAVA VINDO EM SUA MOTO PARA O CENTRO DESTA CIDADE, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE ELA - A VITIMA, CHEGOU A CAIR NO CHÃO MACHUCANDO O BRAÇO E A CABEÇA, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES JA QUE O MOTORISTA CAUSADOR DO ACIDENTE FUGIU DO LOCAL, PARA O HOSPITAL LOCAL, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, NA CIDADE DE CARUARU, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.

Assinatura das pessoas presente nesta unidade policial

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

WANILTON DE SOUZA LEÃO JUNIOR - 220828-6

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0190000859**

Ocorrência registrada nesta unidade policial em 21/12/2018 às 13:46

Ocorrência relacionada: 18E0190000857

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 29/8/2018 no período da Manhã

Local: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, PE 101 Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO FELIX PERNAMBUCO BRASIL
Referência: RODOVIA ESTADUAL PERTO DA ENTRADA DE BASTIÃO GINU

Descrição sucinta da ocorrência

Qualificação das pessoas envolvidas

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: ELITA MARIA DE OLIVEIRA - Pai: JOSÉ CAETANO NETO - Nascimento: 10/1988 - Nat.: ARCOVERDE PERNAMBUCO BRASIL - Doc.: 5626392 SSP SP (RG) - Grau de Instr.: 2º GRAU COMPLETO - Profissão: AGRICULTOR(A) - Telefone: 997459755

Endereço: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, SITIO BASTIÃO GINU - CEP: 0 - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO FELIX PERNAMBUCO BRASIL

PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido - Nat.: NÃO INFORMADO PERNAMBUCO - BRASIL

Qualificação dos objetos envolvidos

MOTOCICLETA (VEICULO) - Proprietário: **JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA** - Condutor: **JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA**
Descrição: MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ESD - Placa: Não informada - Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE) - Valor: 7500,00 (REAL)

Placa: PEO3585 - Renavam: 01000000000 - Chassi: 93235841 - Motor: 9C2KD05400R125549
Ano Fabr./Mod.: 2013/2013 - Combustível: GASOLINA

Complemento/Observação

A VITIMA DIZ QUE ESTAVA VINDO EM SUA MOTO PARA O CENTRO DESTA CIDADE, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE ELA, A VITIMA, CHEGOU A CAIR NO CHÃO MACHUCANDO O BRAÇO E A CABEÇA, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES . JA QUE O MOTORISTA CAUSADOR DO ACIDENTE FUGIU DO LOCAL. PARA O HOSPITAL LOCAL, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, NA CIDADE DE CARUARU, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.

Assinatura das pessoas presente nesta unidade policial

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

WANILTON DE SOUZA LEAO JUNIOR - 220829-6

21/12/2018 13:47

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☒ [illegible] ☐ [illegible]

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR FUNSEP Nº 015/2012

[illegible]

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

☒ CONTA CORRENTE ☐ CONTA POUPANÇA

Nome do BANCO: [illegible]

AGÊNCIA [illegible] CONTA [illegible] AGÊNCIA [illegible] CONTA [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE [illegible] - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ [illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE [illegible] BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

[illegible]

TESTEMUNHAS

[illegible]

[illegible]

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

DADOS CADASTRAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE 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:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**
☐ **Banco do Brasil (001)** ☐ **Caixa Econômica Federal (104)**
AGÊNCIA: ☐ ☐ **CONTA:** ☐ ☐
(Informar o digito se existir) (Informar o digito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ **CONTA:** ☐ ☐
(Informar o digito se existir) (Informar o digito 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

_____
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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:_____
CPF:_____
_____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:_____
CPF:_____
_____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

_____
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

_____
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

_____
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

'002/2019

Seguradora LÍDER

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: 402.734.278-06

4 - Nome completo da vítima: Jamiclaudio Caetano de Oliveira

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Jamiclaudio Caetano de Oliveira

6 - CPF: 402.734.278-06

7 - Profissão: Pedreiro-Ajudante

8 - Endereço: Sl Coco

9 - Número: 544

10 - Complemento:

11 - Bairro: Sítio Coco

12 - Cidade: Camocim de São Felix

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55885-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): (81) 95258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 4995 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 15228 9 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CVI) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou descendentes (netos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impossibilitado de assinar o pedido por analfabetismo

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

15 JUL 2019

PROTOCOLO

40 - Local e Data: Camocim de São Felix 05/07

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jamiclaudio Caetano de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

DATA 29 . 08 . 15

Unidade de origem: Profissional ACS:
Nome do paciente:
Sexo: Cor:
Data nasc. / / Idade: Sexo: F M
Endereço:
Bairro: Ponto de referência:
Profissão:
Nome do acompanhante: Filho: Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA
TIPO DE OCORRÊNCIA ACIDENTE DE TRANSITO AGRESSÃO OUTROS
ACIDENTE DE TRABALHO
PACIENTE LESIONADO CONSCIENTE INCONSCIENTE ACORDADO DORMINDO
AVALIAÇÃO PRELIMINAR SAT FR PA FC TEMP
QUEIXA PRINCIPAL

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CID
EXAMES SOLICITADOS
TRATAMENTO PROPOSTO

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE
ALTA HOSPITALAR
LIBERADO PARA REMISSÃO DE CONTRA-REFERÊNCIA PRESCRITA
LIBERADO PARA REFERÊNCIA COM MEDICAÇÃO ADMINISTRADA
OBITO / / /
TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR
DATA HORA ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO nº: 71.459
DATA: 29/02/18
HORÁRIO: 11 H 23 MIN.

[redacted]

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Francisco Antonio de Oliveira
Genitora: Eurídio Maria de Oliveira
Data nasc. 01/01/1957 Idade: 30a Sexo: (X) MASC. ( ) FEM. Cor: _____
Endereço: [illegible] nº: _____
Bairro: [illegible] Ponto de referência: _____
Profissão: [illegible]
Nome do acompanhante: _____ ( ) Filho ( ) Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA: _____
TIPO DE OCORRÊNCIA: ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO ( ) AGRESSÃO ( ) OUTROS ( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: ( ) ANDANDO ( ) AMBULÂNCIA ( ) AUTOMÓVEL ( ) OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. | PESO: | TEMP.:

QUEIXA PRINCIPAL: [illegible]

EXAME FÍSICO: [illegible]

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: [illegible]

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO: [illegible]

Adelaide Medeiros
Tel. Enfermagem
COREN-PE 9[illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:
( ) OBSERVAÇÃO CLÍNICA [illegible]
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
( ) LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
( ) ÓBITO: _____ H _____ MIN.
( ) TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
( ) INTERNAMENTO

ALTA HOSPITALAR
DATA ___/___/___ HORA: ___:___
ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

IMPREV
[illegible]ENCIA SIA
13 JUL 2019

PROTOCOLO
COMARCA RECIFE

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JULIANA CAETANO DE OLIVEIRA
CPF 097 838 154-82 NIS: 16462301296

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S1 COXO 544

SITIO COXO/SANTO ANTONIO
55665-000 CAMOCIM DE SÃO FELIX PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
03/06/2019	27/05/2019	007005364072
TOTAL A PAGAR (R$): 25,88	DATA DA APRESENTAÇÃO 27/05/2019	Nº DO CLIENTE 201100824R
	NUMERO DA NOTA FISCAL 063471464	Nº DA INSTALAÇÃO 0005301692

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
6DBB.42C1.6B9F.D031.EFFA.ADB9.70F2.D252

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19538842	5,86
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,00	0,33485158	16,74
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,35
Contrib Ilum Pública Municipal			2,50
Multa por atraso-NF 059770899 - 25/04/19			0,41
Juros por atraso-NF 059770899 - 25/04/19			0,02
TOTAL DA FATURA			25,88

Tarifas Aplicadas
Consumo Ativo até 30 kWh 0,1628[illegible]
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,1[illegible]

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
MAI	18	80
ABR	18	75
MAR	18	55
FEV	18	63
JAN	19	48
DEZ	18	47
NOV	18	53
OUT	18	48
SET	18	64
AGO	18	43
JUL	18	41
JUN	18	49
MAI	18	54

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	10,13	45,82
Transmissão	1,19	5,39
Distribuição Celpe	7,86	35,79
Encargos Setoriais	0,80	3,61
Tributos	1,48	6,69
Perdas de Energia	2,23	9,67
TOTAL	23,88	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	22,85	1,16	0,26	22,85	5,37	1,23

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
[illegible]	CAT	25/04/2019	5.638,00	27/05/2019	5.718,00	32	1,00000	0,00	80,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA 25/06/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
		mar/2019			
DIC-Ato de horas sem Energia	CAMOCIM DE SÃO FELIX	0,00	11,74	23,48	46,96
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	7,87	15,74	30,48
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,00	8,00	9,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 10,97
Tais Consumidores pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: ag correios campo alegre de fo praça são felix centro i arco iris ou mario jordão cabral 205 centro,lista completa em www.celpe.com.br
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br
A partir de 29/04, tarifa com reajuste medio de 5,56% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-REH 2.535/19.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento
Pagto em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R$ 24,55 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO
007005364072	05/2019	25,88	03/06/2019

VALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica

838400000006 258800110077 005364072106 140687522833

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROTOCOLO

LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

[illegible] http://www.seguradoralider.com.br [illegible] SAC DPVAT [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES.

[illegible] Circular [illegible] 445/12 [illegible] endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

[illegible] que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que [illegible] pagamento de indenizações. Este [illegible] informações [illegible] profissão e da [illegible]

[illegible] **profissão e renda** [illegible] pagamento da indenização [illegible] determinação da referida Circular **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**

[illegible]

[illegible] do sinistro de DPVAT ocorrência [illegible] da [illegible]

[illegible] Rua da [illegible] é apresentado [illegible]

[illegible]

[illegible] Seguradora líder DPVAT, residente [illegible]

[illegible]

[illegible]

Declaração do Proprietário de Veiculo

Eu, _____,

RG: _____, data de expedição _____

Orgão _____, portador do CPF _____, com

domicilio na cidade de _____, no Estado de

_____, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

_____, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima _____

cujo o conduto era _____

Veiculo: _____

Modelo: _____

Ano: _____

Placa: _____

Chassi: _____

Data do Acidente: _____

Local e data do cartorio: _____

_____

Assinatura do Declarante

_____

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade

Declaração do Proprietário de Veiculo

Eu, José Ivson da Silva

RG: 6614353, data de expedição 27/03/2002

Órgão SDS, portador do CPF 040.019.484-23, com

domicílio na cidade de Camocim São Felix, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) R. Nossa Senhora do Carmo, nº 122,

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima Janielaudio Caetano de Oliveira cujo o conduto era Janielaudio Caetano de Oliveira

Veiculo: Moto

Modelo: Honda/NXR 150 Bros ESD

Ano: 2013

Placa: PEO 3565

Chassi: 9C2KD0540DR125849

Data do Acidente: 29/08/2018

Local e data do cartório: Camocim de São Felix, 23.11.2018

José Ivson da Silva

Assinatura do Declarante

13 JUN 2019

PROTOCOLO

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade !

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CAMOCIM DE SÃO FELIX
Titular: DANIEL BENEDITO DA SILVA
Telefone: (81) 3[illegible]

Reconheço por Autenticidade a(s) assinatura(s) de JOSE IVSON DA SILVA. Doc. [illegible] Emolumentos: R$ 3,00 TFNJ: R$ 0,60, Total: R$ [illegible] Em Test.
Verdade - Elizabete Maria Almeida de Oliveira - Responsável substituta
Selo: [illegible] 16:34:42
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital