



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
56473 342	15/01/2020 10:19	2647354_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



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:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194824300000055555922>
Número do documento: 20011510194824300000055555922

Num. 56473342 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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 EVIDENÇIA 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:**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194824300000055555922>
Número do documento: 20011510194824300000055555922

Num. 56473342 - Pág. 2

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA
Data Nascimento: 01/06/1988 Idade: 30 Anos, 2 Meses e 28 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 01149727
Prontuário: 00456230

História Atual:
queda de moto, com dor em punho

Exame Físico:
dor + edema + limitação de adm

Exames Complementares/Resultados:
Fx

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:
scima

29 DE AGOSTO DE 2018
Hora: 15:04

Ass. e CRM do Médico
Dr(s): 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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194824300000055555922>
Número do documento: 20011510194824300000055555922

Num. 56473342 - Pág. 4



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
56473 343	15/01/2020 10:19	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

UNIÃO MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

1990-09-15

Endereço do agente:	_____	Profissional ACS:	_____						
Nome do preceptor:	_____								
Endereço:	_____								
Data nasc:	J: _____	M: _____	A: _____	Sexo: _____	IMASIS: _____	PTB: _____	CNPJ: _____		
Endereço:	_____								
Nome:	Ponto de referência:								
Protegido:	_____								
Nome do acompanhante:	_____							<input type="button" value="Filtra"/>	<input type="button" value="Cerca"/>

TIPO DE OCCORRÊNCIA	INCIDENTE DE TRANSITO	ACIDENTE DE TRABALHO	OUTROS
ACIDENTE DE TRANSITO	100%	0%	0%
ACIDENTE DE TRABALHO	0%	100%	0%
OUTROS	0%	0%	100%
Total	100%	0%	0%

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

PROBLEMA DIAGNÓSTICO

卷之三

ANEXO 10 - TABELA DE PREÇOS

3.78 MBPS/2.4G

ASSIGNMENT OF COMMERCIAL AIRPORTS



THE FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE

1. *On the Nature of the Human Species* (1859) by Charles Darwin.

— — — — —

$$k = \frac{1}{2} \cdot \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$$

—
—
—
—
—

- - -



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001151019483520000055555923>
Número do documento: 2001151019483520000055555923

Num. 56473343 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194835200000055555923>
Número do documento: 20011510194835200000055555923

Num. 56473343 - Pág. 4

**UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO**

REGISTRATION: 71-4547
EXPIRED 09/08/18
INSPECTION: 11-11-93

Unidade de atendimento:	Pronto-Socorro ACB				
Nome do paciente:	Ramón das Outeiras de Oliveira				
Qualidade:	Paciente das Outeiras				
Data nascimento:	01/01/1970	Idade:	30	Sexo:	() MASC. () FEM.
Endereço:	Av. das Outeiras				
Estado Civil:	SOLTEIRO				
Profissão:	Operário				
Nome do acompanhante:	() Peso () Altura				
LOCAL DE OCORRÊNCIA:					
TIPO DE OCORRÊNCIA:	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SUICÍDIO				
PACIENTE CHEGOU:	<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> OUTROS				
PRESIÓN ARTERIAL:	MAL	MIL	PESO:	TEMP.:	
QUEIRA PRINCIPAL:	01/01/2005 7h acorda com dor no lado esquerdo				
EXAME FÍSICO:	Frontal da dor escala 10				
RELATÓRIO DIAGNÓSTICA:	N.D. ELLER: 1/01/05				
EXAMES SOLICITADOS:					
TRATAMENTO PROPOSTO:	- Técnica - 1a vez - Técnica - 2a vez - Técnica - 3a vez				
DESTINO DO PACIENTE:	OBSERVAÇÃO CLÍNICA (11:00) DOUTOR: _____ H. _____ <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA				
ALTA HOSPITALAR:	DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ : _____				
	ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARREIRA				
	IMPREVU - INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA SIA				

PROTÓCOLO SENHA RECIFEE



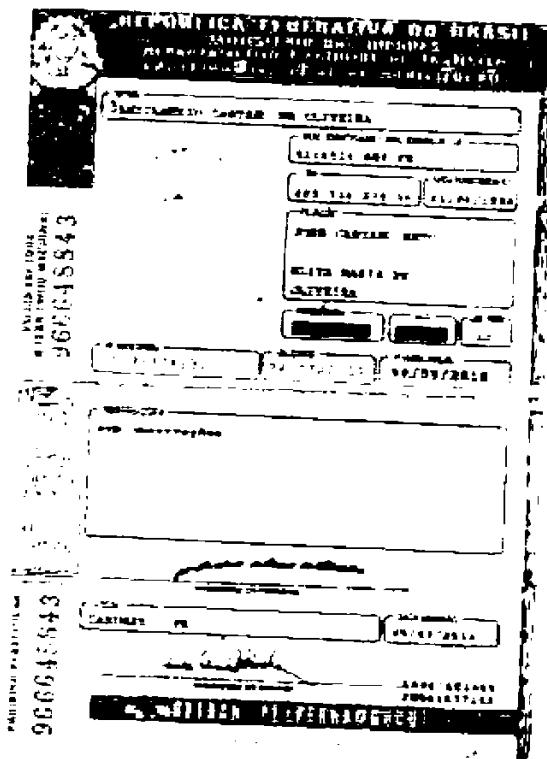
**UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO**

REGISTRO N°	DATA	HORARIO		
BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA				
Profissional ACS				
Lado do paciente	Ponto de referência			
Sexo do paciente	Nome do paciente			
Nome	CPF	NASC.		
RG	RG	CRM		
Endereço	Ponto de referência			
Local de ocorrência				
PO DE OCORRÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input checked="" type="checkbox"/> AGRAVE MÁU	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	
	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	<input checked="" type="checkbox"/> BARBEDO		
ALUNTE QUE DAV	<input checked="" type="checkbox"/> ANDAMAU	<input checked="" type="checkbox"/> AMBULANÇA	<input checked="" type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS
RESPOSTA ANTIGUAL	MAS	MIN	PESO	TEMP
OUTRA PRINCIPAL	Causa da ocorrência: 1º de cedimento de dente			
NAME FÍSICO				
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	H2 Gástrico			
EXAMES SOLICITADOS:				
TRATAMENTO PROPOSTO:	Medicamento: Paracetamol 500mg 1000ml			
EVOLUÇÃO:	Exame: USG abdomen			
ALTA HOSPITALAR:	Data: _____ Hora: _____			
OBSTO:	TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIÃO			
	INTERNAÇÃO			

COMPREV
COMPRA VIDA E PREVENÇÃO S/A
15 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE







56.263.921-4	17/ABR/2012
JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA	
JOSE CAETANO NETO	
E ELITA MARIA DE OLIVEIRA	
ARCOVERDE - PE	01/JUN/1988
CAMOCIM DE SÃO FÉLIX-PE	
CAMOCIM DE SÃO FÉLIX	
CN:LV.A011/FLS.0205/N.012927	





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nº 402.734.278-06

Nome

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

ISSP/Período
01/08/1988

VALIDO 107 DIAS DESDE AEMISSÃO DA CERTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

58DF-SC34-B798-B68C

Acesse o site da Receita Federal - www.

www.receita.fazenda.gov.br

Correção automática

Secretaria da Fazenda Federal

18:58:02, c.d. 28/10/2012 hora e data de gera-

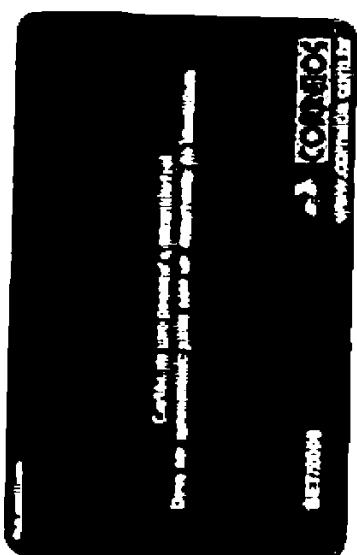
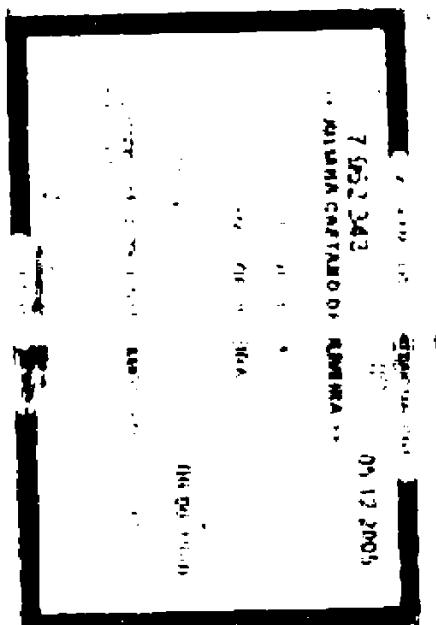
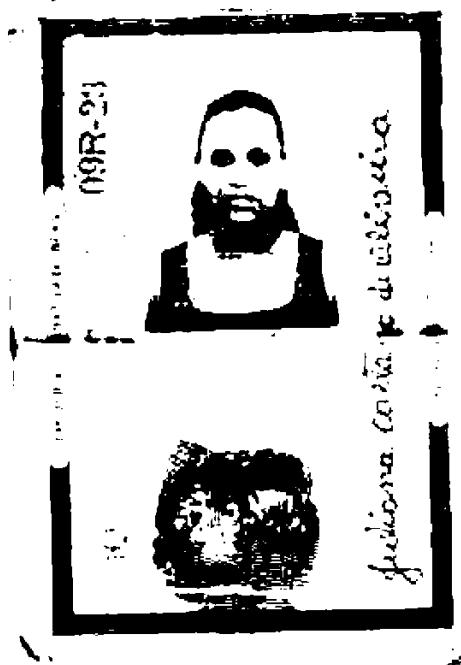
ção de versão: 00

56473343
Assinado por ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
15/01/2020 10:19:48
pjep.ejpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194835200000055555923
Assinado por ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
15/01/2020 10:19:48
pjep.ejpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194835200000055555923



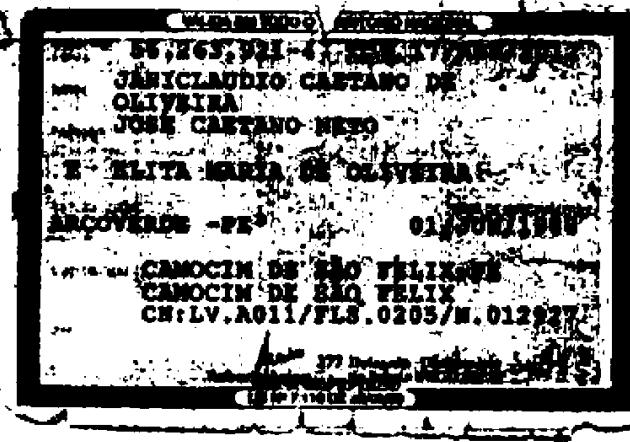
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pjep.ejpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194835200000055555923>
Número do documento: 20011510194835200000055555923

Num. 56473343 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194835200000055555923>
Número do documento: 20011510194835200000055555923

Num. 56473343 - Pág. 10



MUNISTÉRIO DA FAZENDA

Receta Federal
Caterina de Provenza Fidanza

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Numero
402.734.273-06

四

SIMONE CLAUDIO CAVALCANTI DE OLIVEIRA

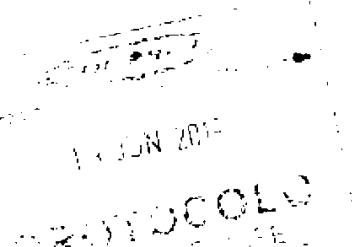
Newspaper
01/09/2014

VALORES DIVERSI CON CONSEGUENTI SISTEMATICHE

CÓDIGO DE CONTROLE
EADFE.FC94.B79B.B88C

A subseção deve comprovar que
não confia no bálsamo, no creme
ou na receita fazendo o que?

Comprovante emissão pela
Secretaria de Recursos Fazendários
de 10-09-1995 no 28176/2812 (hora e data de Brasília)
pelo verificador 66





Nº 013615371022
PRÉ-REGISTRO DE DANOS CAUSADOS POR VÍCULOS
A PESSOAS E BENS - PRESTADOR DE SERVIÇOS

LEI DO BRASIL
ARTIGO 1º - O PRESTADOR DE SERVIÇOS QUE PRESTA SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE CARGA, AÉREOS, MARÍTIMOS, TERRAIS, AUTOMÓVEIS, MOTOGRAMAS, BICICLETAS, BUNAIS, SEGURO DPVAT

Nº PE Nº 013615371022 - PRÉ-REGISTRO DE DANOS CAUSADOS

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 0000 000 1201

PREMIO: QUADRADO

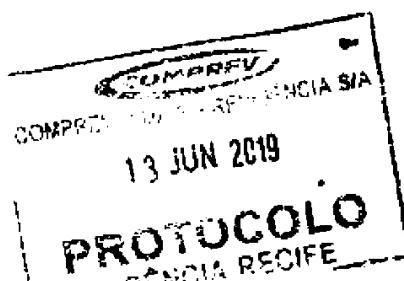
SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.778.954/0001-52



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN-PE		Nº 013815371022	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA:	CÓD. REMARCA:	ENTRADA:	EXPIRAÇÃO:
	522629841	*****	2019
NOME:			
JOSE TIBON DA SILVA			
ENDERECO:			
PRAZINHO DE SÃO FELIX			
TITULAR:		PLACA:	
JO. TIBON. 454-21		PE-288166	
PLACA ANTERIOR:		VALIDADE:	
*****		ACORDOS 40091634	
ESPECIE/TIPO:		COMBUSTIVEL:	
MOTOCICLETA		ANGL. GASOL	
MOTOR/VELOC:		ANO/FAB.	
MOT. 150CC. EROS 200		2013	
CAPAC. TANQUE:		ANO/MOD.	
5L		2013	
CARRO/CAR:		COR PREDOMINANTE:	
FAT. F12		PRETA	
TOTAL UNICA		VENC. TOTAL UNICA	
10.000,00		10.000,00	
PRÉMIO TANQUE ANO 2013		PRÉMIO TOTAL PRÉMIO	
200,00		DATA DE PAGAMENTO:	
SECURIS FATO			
OBSERVAÇÕES:			
EM RESERVA:			
<i>Officer</i>		LOCAL:	
PRAZINHO DE SÃO FELIX-		DATA:	
Charles Andrews Fausto Ribeiro		14/03/18	

PE N° 013915371022		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
JOSE IVSON DA SILVA			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGA NO VEMO AS CONDIÇÕES MÍNIMAS DE COBERTURA www.seguradora-lider.com.br SAC DPVAT 0800 162 1294			
		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
CANICHE DE SÃO FELIX		018	16/01/10
PLACA	CPF/CNPJ	PLACA	
	149-019-454-83	FEQ2560	
IMPONENTE	MARCA / MÓDULO		
EDSON SANTOS	HONDA / XR150 L 09/02 252		
ANO PÁR.	DE INF.	INF CHADE	
011	US...	SC2K005401DR12345	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PIS/PASEP	DESPATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	TDP (R\$)	MONTA SE PAGO BILHETE (R\$)	
PAGAMENTO:			
<input type="checkbox"/> DATA CHEIA	<input type="checkbox"/> PARCELADO		
		DATA DE VITRINAÇÃO	
SEGURADORA-LÍDER - DPVAT CNPJ 033288880001-04			
DESTINATÁRIO: PELO DE BILHETE DPVAT RUA DOURADA, 1000 - BLOCO 1 CEP 13010-200 - MARINGÁ - PR			



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001151019483520000055555923>
Número do documento: 2001151019483520000055555923

Num. 56473343 - Pág. 13

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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



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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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

Este documento é de autoria da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, e não pode ser alterado ou cancelado.

RECONHECIMENTO DE AUTÊNCIA DA ASSINATURA

Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior
Advogado
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro
20030-000 - Rio de Janeiro - RJ

Procurador Estadual

Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro

Av. Presidente Vargas, 100 - Centro
20030-000 - Rio de Janeiro - RJ
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro
20030-000 - Rio de Janeiro - RJ

Av. Presidente Vargas, 100 - Centro
20030-000 - Rio de Janeiro - RJ

Av. Presidente Vargas, 100 - Centro
20030-000 - Rio de Janeiro - RJ

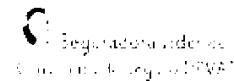
RECONHECIMENTO DE AUTÊNCIA DA ASSINATURA
Fazemos constar que a assinatura de
Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior

que figura no original da presente procuração, é de sua autoria, e que é de sua propriedade, e que é de sua responsabilidade a utilização de sua assinatura em nome seu, e que é de sua responsabilidade a utilização de sua assinatura em nome seu.

Assinado em 15/01/2020, no Rio de Janeiro.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200988/19

Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

CPF: 402.734.278-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/08/2018

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

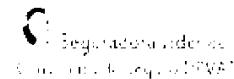
JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194835200000055555923>
Número do documento: 20011510194835200000055555923

Num. 56473343 - Pág. 17

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200988/19

Número do Sinistro: 3190378561

Vítima: JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

CPF: 402.734.278-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/08/2018

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13980594

Pag. 01743/01744 · carta_01 - INVALIDEZ
00010872



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194835200000055555923>
Número do documento: 20011510194835200000055555923

Num. 56473343 - Pág. 19



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194835200000055555923>
Número do documento: 20011510194835200000055555923

Num. 56473343 - Pág. 20



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Journal of Clinical Endocrinology

www.industrydocuments.ucsf.edu

L

PROBLEMA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA FONTE DA MEDIDA DA PESQUISA MÍTICA/BELENISTAS.01-CIRCULAR USEP-00455-2022

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

CARROS DE LUXO DO BEM-ESTAR E A INOVAÇÃO - ASSINALEM UMA DÉCO DE COTAS

— 20 —

100% of the time

Wolmer's MANOR

- 1 -

AGEM 1000-1000

Geography

ANSWER A) (1)

E208448

ANEXO 1 - DOCUMENTO PARA CERTIFICAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUTENS A DECLARAÇÃO DA FOLHA DE PAGAMENTO

DECLARAÇÃO DE NÚMERO DE BENEFICIÁRIO - APENAS PARA O DESENHO DA TABELA

MONTE

John C. H. Smith

~~1940-1941~~ 1941-1942

10. The following is a list of the names of the members of the Board of Education, their term of office, and the date of their election.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nro do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
Jani Claudio Castanho de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Jani Claudio Castanho de Oliveira

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Cidade:

9 - Bairro:

10 - CEP:

11 - Fone:

12 - CPF:

13 - Número:

14 - Complemento:

15 - CEP:

16 - Bairro:

17 - Cidade:

(81) 33258-3087

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

DADOS CADASTRAIS

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:

 RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 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 Itaú e Caixa Econômica Federal) CONTA CORRENTE (todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4995

CONTA: 152028

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT 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 ALUSÃO A 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 à região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende à 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, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.199/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 companheira(o): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou herdeiros? Sim Não 31 - Vítima teve filhos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, esta condição, estando, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de devolução do valor pago, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º Nome: 15 JUL 2019

CPF: _____

Assinatura do testemunha:

39 - 2º Nome: 15 JUL 2019

CPF: _____

Assinatura do testemunha:

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

40 - Local e Data: Janomilim de São Félix 05/07

Jani Claudio Castanho de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS 001 V002/2019



✓ GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 100^a CIRCUINTS - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100^aCIRC D'INTER1/14 DESEC

BO-ETIM DE OCORRÊNCIA N° 18E0190000857

Este documento registra a revisão da classe `Carro` no dia **21/12/2018 às 08:38**.

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Cidroso - Conselheiro Lauro Gomes - 06/08/2018 no período da Manhã

MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX, 1, PE 101 - DO CAMPO - CAMOCIM DE SÃO FÉLIX, PERNAMBUCO BRASIL
LICENÇA ECONÔMICA ESTADUAL - FERTO DA ENTRADA DE FÁSTICO GINH

Section 5 - 102B-1 & 202A

Figure 10. Comparison of the measured and calculated values of the parameter α versus the parameter β .

卷之三

¹ See, e.g., *U.S. v. Babbitt*, 110 F.3d 1250, 1254 (10th Cir. 1997) (“[T]he [Bald Eagle] Act does not prohibit the killing of bald eagles.”).

Đề thi thử THPT Quốc gia 2018

MUNICÍPIO DE CANOCIM DE SÃO FELIX. 1. SITIO BASTIÃO GIMINAS - CEP: 0 - Bairro: DO CAMPO - CANOCIM DE SÃO FELIX- RIO GRANDE DO SUL

As discussed above, the study results

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA
MOTOCICLETA HONDA NXR 150 Bros 250 17-14 Nao

PRETA - 0000000001 (UNIDADE) - R\$ 7500 (REAL)

2013-0053 100% GASOLINE

Current State Values

A VITIMA DIZ QUE ESTAVA VINDO EM SUA MOTO PARA O CENTRO DA CIDADE, QUANDO FOI ATINGIDA POR UM FOGO DE ARMA DE Fogo, ESSA VITIMA FOI IDENTIFICADA, ONDE ELA, A VITIMA, CHEGOU A CAIR NO CHAO 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.

As informações necessárias presente neste documento são da

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

WANILTON DE SOUZA LEAO JUNIOR
WANILTON DE SOUZA LEAO JUNIOR

= 2208766

$$\mu_1 = \frac{2\pi}{\lambda} \cdot \frac{\sin(\frac{\pi}{\lambda} \cdot d)}{\sin(\frac{\pi}{\lambda} \cdot \frac{d}{2})}$$





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUOSRÍCÃO - CAMOCIM DE SÁ FELIX - DP100/CIRC DINTER1/14/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 18E0190000859

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176 - 18E019000C857

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que ocorreu no dia 29.8.2018 no perímetro da Manhã

MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, PE 101 - DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO
FELIX, PERNAMBUCO, BRASIL

Journal of Health Politics, Policy and Law

1995-07-26 14:55:45.000000000 +0200

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 33, No. 1, January 2008
DOI 10.1215/03616878-33-1 © 2008 by the Southern Political Science Association

En el año 1998 se realizó la primera reunión de trabajo entre la Comisión de la Memoria y la Comisión de Derechos Humanos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

de fiscalização, pesca e envergada.

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Barro Masculino - ELITA MARIA DE OLIVEIRA - JOSE CAETANO
NETO (casal) - 10/1985 - 15/14 ARCOVERDE PERNAMBUCO BRASIL - Telef: 56263921-1889 SP - RG: 1000-2002-21-GRAU
COMPLETO - SEL. AGRICULTORIAL TEST. 03/01/2002

MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1. SITIO BASTIAO GINU - CEP: 6 - Bairro DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO FELIX- PERNAMBUCO-BRASIL

DESEJA DESCONHECER/NAO PRESENTE AO PLANO: **Desconhecido** **NAO INFORMADO** **PERNAMBUCO - BRASIL**

Journal of Economic Surveys (2018) 32:1–100
DOI 10.1111/joes.12408

JANICLAUDIO CAETANO DE OLIVEIRA

MOTOCICLETA HONDA NXR 150 EROS ESD - **NEGRA**
FRETA - **UNIDADE** - **R\$ 7500,00 (REAL)**

File #E003885 Received: 01-05-03 12:00PM 2003 Permits: 632635841 Check: 9C1X00540DN125549
Date: 01-05-03 To: 01-05-03 From: 01-05-03 City: GARDEN CITY, NY

Complaints 10564003

A VITIMA DIZ QUE ESTAVA VINDO EM SUA MOTO PARA O CENTRO DESTA CIDADE, QUANDO FOI COLIDI DO POR UM VEICULO NAO IDENTIFICADO. ONDE ELA, A VITIMA, CHEGOU A CAIR NO CHAO MACHUCANDO O BRACO E A CABECA, 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.

As mudanças necessárias visam corrigir esta inadequação.

José Cláudio Caetano de Oliveira
(VITIMADO)

WANILTON DE SOUZA LIMA JUNIOR 220829-6

2018-01-18 11:11





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:

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA 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 dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(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.

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.

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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? 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.

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

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194835200000055555923

Número do documento: 20011510194835200000055555923

Num. 56473343 - Pág. 27



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nro do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
Jani Claudio Castanho de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Jani Claudio Castanho de Oliveira

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Cidade:

9 - Bairro:

10 - CEP:

11 - Fone:

12 - CPF:

13 - Número:

14 - Complemento:

544

15 - CEP:

55885-000

(83) 33258-3087

DADOS CADASTRAIS

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:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$ 1.00 A R\$ 1.600,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo - assimilar uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4995

CONTA: 15228

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de meu/há titular da conta, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 ALUSÃO A 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, idêntica à verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.199/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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 companheira(o): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou herdeiros? Sim Não 31 - Vítima teve filhos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de devolução do valor pago, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34
Assinatura digitalizada
Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

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

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

40 - Local e Data:

Bomolim de São Félix 05/07

Jani Claudio Castanho de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPP 001 V002/2019

38 - 1º Nome:

CPF:

15 JUL 2019

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha:

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



UNIDADE RELIGIOSA
NOSSA SENHORA DO BOM PASTOR

Nome do profissional	Profissional ACGI					
Nome do paciente						
Sexo						
Data nasc.	Mês:	Ano:	Sexo:	ACGI	FEA	Cot.
Endereço						
Rua:						
Profissão:						
Nome do acompanhante						

CLASIFICACION JURIDICA	TIPO DE INVESTIGACION	APROXIMADO DE CRIMENES A INVESTIGAR EN TRAMO	AGRESIONES	MUERTE
DELITO DE DAÑO	DELITOS DE DAÑO	1200	100	100
DELITO DE HOMICIDIO	DELITOS DE HOMICIDIO	1200	100	100
DELITO DE ESTAFAS	DELITOS DE ESTAFAS	200	10	10
DELITOS POLICIALES	DELITOS POLICIALES	100	10	10

NAME (Last, First)

VERDAD DE DIAGNÓSTICO

ESTAMOS SOÑANDO CON

http://www.ijerph.org

ANSWER THE QUESTIONS
IN THIS SECTION
ACCORDING TO THE
INSTRUCTIONS.

For more information about the *Journal of Clinical Anesthesia*, visit our website at www.jcaonline.org.

DETALHES DA ORDEM
DETALHES DA ORDEM DE SERVIÇO DA FABRICA DE ALUMINIO PARA OS ESTADOS UNIDOS

INTERVENCIÓN

1. INDIA REGIONS NAME



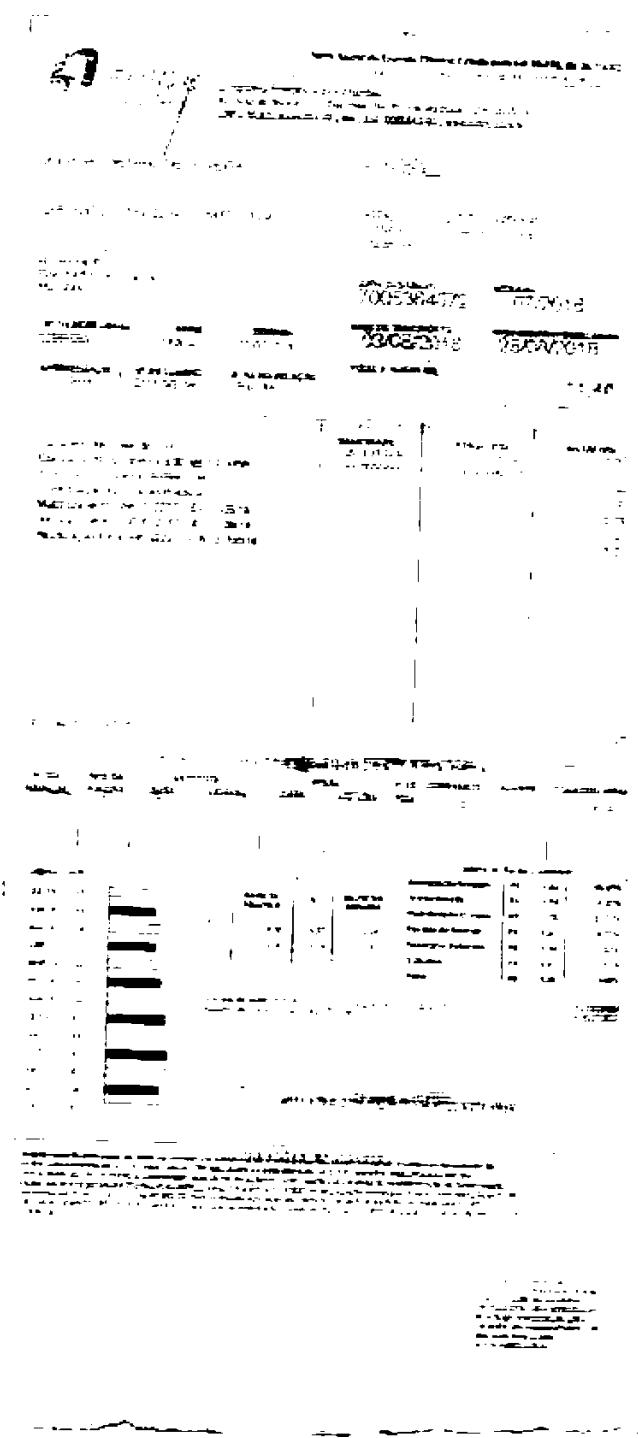
**UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO**

REGISTRATION: 71-4547
SERIAL 99, OR. 14
HORARIO: 11 H. 23

Unidade de atendimento	Pronto-Socorro ACB	
Nome do paciente	Samuel da Oliveira	
Sexo:	Homem	
Data nascimento	01/01/1970	
Endereço	Rua 123, Centro	
Estado Civil	Solteiro	
Profissão	Funcionário	
Nome do acompanhante	() Filho () Cônuge	
LOCAL DE OCORRÊNCIA:		
TIPO DE OCORRÊNCIA:	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> AGRESSÃO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SUICÍDIO	
PACIENTE CHEGOU:	<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> OUTROS	
PRESIÓN ARTERIAL:	MAX. MIN.	
PESO:		
TEMPO:		
QUEIRA PRINCIPAL:	(01/11/2015) acido (00,71) c/ c/	
EXAME FÍSICO:	Frontal da m. Ombro Cervical	
HISTÓRICO DIAGNÓSTICA:	HC: Eléctro - 100	
EXAMES SOLICITADOS:		
TRATAMENTO PROPOSTO:	- Tópico - 10g met - 100 - 600mg Diazepam - 1000mg Ebic / 5ml + V + 1	
ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARREDO		
DESTINO DO PACIENTE:	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO CLÍNICA (1100) <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA <input type="checkbox"/> LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA	<input type="checkbox"/> ÓBITO: _____ <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> INTERNAMENTO
ALTA HOSPITALAR		
DATA:	NÚMERO:	VALIDADE SIA
NOME:	ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARREDO	
	10/11/2015	

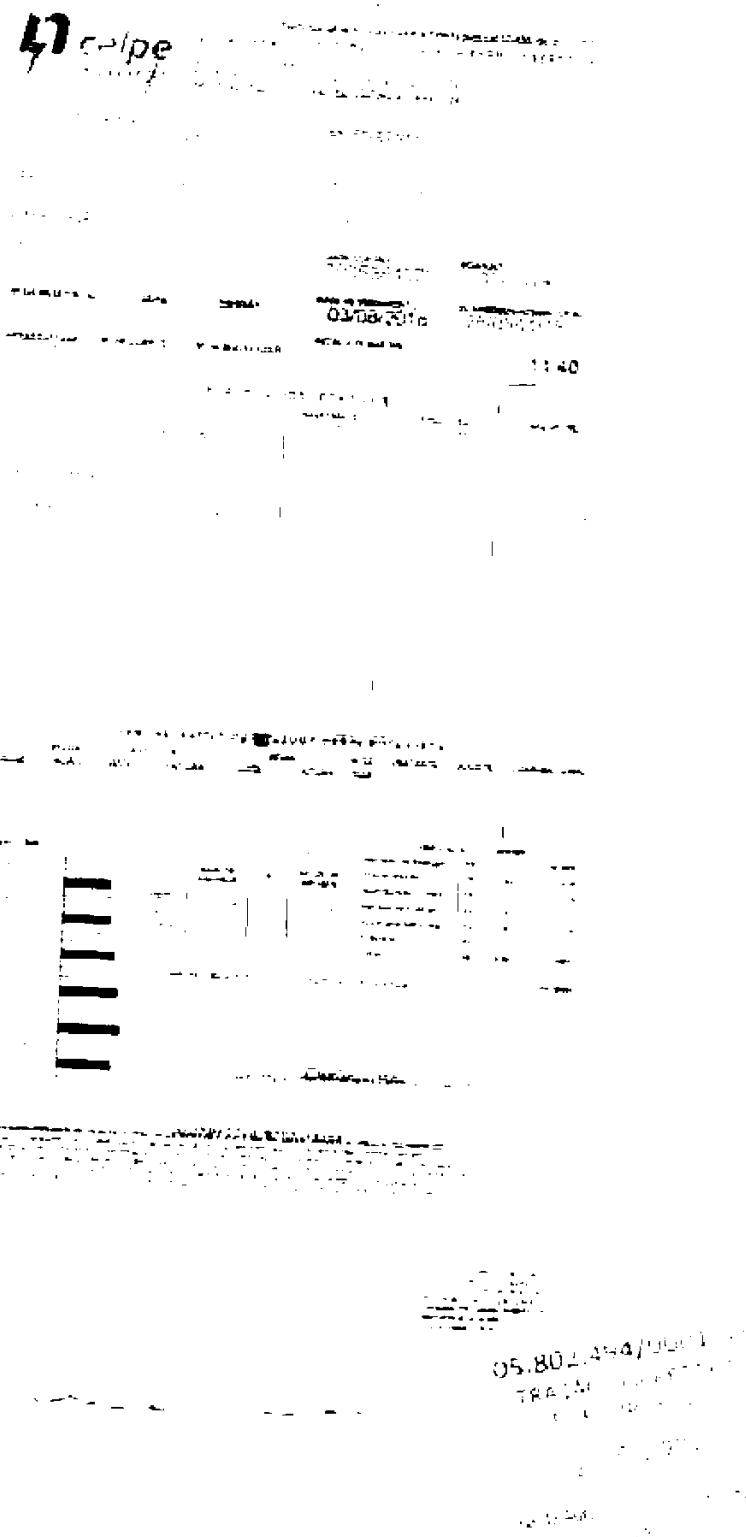
PROTÓCOLO SENHA RECIFE





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2020 10:19:48
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011510194835200000055555923>
Número do documento: 20011510194835200000055555923

Num. 56473343 - Pág. 31



1

29/05/2019

2a Via de Fatura

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

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



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
Ouvilínia 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 CABRAL DE OLIVEIRA
CPF 097 838 154-82 NIS: 16462301298

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

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

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 41/2010), 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
03/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
25,88

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

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

DESCRÍPCAO 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	0,33495158	16,74
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,35
Comitib. Itum. 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**

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS					
BASE DE CALCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CALCULO	VALOR DO IMPOSTO		
0,00	0,00	22,85	1,76	0,28	22,91	5,37	1,23

DATA DE EMISSÃO DA NOTA FISCAL
27/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
27/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
063471464

CONTA CONTRATO
007005364072

Nº DO CLIENTE
2011060248

Nº DA INSTALAÇÃO
0005301692

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

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

Tarifa Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,19538842
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,33495158

30 até 100 kWh: 0,35

Comitib. Itum. Pública Municipal: 2,50

Multa por atraso-NF 059770899 - 25/04/19: 0,41

Juros por atraso-NF 059770899 - 25/04/19: 0,02

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,19538842
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,33495158

30 até 100 kWh: 0,35

Comitib. Itum. 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

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS

PIS

COFINS

BASE DE CALCULO

VALOR DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO

VALOR DO IMPPOSTO

BASE DE CALCULO



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

Para mais informações acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou entre no SAC DPVAT (800) 111 11 11 ou para descontos e outras vantagens acesse <http://www.seguradoralider.com.br>

INFORMAÇÕES IMPORTANTES.

O artigo 1º, parágrafo 1º, da Circular Susep 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que: "Nas seguradoras, é vedado o recebimento do dinheiro das pessoas em volto das suas pague de indenizações. Este recebimento deve ser feito por meio de conta bancária, sendo maior ainda a preferência da forma de depósito bancário, quando houver a necessidade de transferência monetária".

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

O artigo 1º, parágrafo 1º, da Circular Susep 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que: "Nas seguradoras, é vedado o recebimento do dinheiro das pessoas em volto das suas pague de indenizações. Este recebimento deve ser feito por meio de conta bancária, sendo maior ainda a preferência da forma de depósito bancário, quando houver a necessidade de transferência monetária".

É vedado receber dinheiro em volto da **profissão e renda**, neste formulário não é pedido o pagamento da indenização ao segurado DPVAT, entretanto se determinado pelo referido Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

Este formulário é destinado ao segurado DPVAT que responde que não é possível receber dinheiro em volto da profissão e renda.

Este formulário é destinado ao segurado DPVAT que responde que não é possível receber dinheiro em volto da profissão e renda.

Este formulário é destinado ao segurado DPVAT que responde que não é possível receber dinheiro em volto da profissão e renda.

Assinatura _____ Preenchida _____ é apresentada na estrutura de segurança digital.

Assinatura _____ Preenchida _____ é apresentada na estrutura de segurança digital.

Assinatura _____ Preenchida _____ é apresentada na estrutura de segurança digital.

Assinatura _____ Preenchida _____ é apresentada na estrutura de segurança digital.

Assinatura _____ Preenchida _____ é apresentada na estrutura de segurança digital.

Assinatura _____ Preenchida _____ é apresentada na estrutura de segurança digital.

Assinatura _____ Preenchida _____ é apresentada na estrutura de segurança digital.

Assinatura _____ Preenchida _____ é apresentada na estrutura de segurança digital.

Assinatura _____ Preenchida _____ é apresentada na estrutura de segurança digital.



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR,

RG: 11.175.2, data de expedição 21/01/2010

Órgão PF, portador do CPF 150.151.617-2, com

domicílio na cidade de Curitiba - PR, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Rua Santa Cecília, nº 1000, nº 1000.

complemento , declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR,
cujo o conduto era Antonio Cordeiro de Mello Junior.

Veículo: VE

Modelo: Fiat Uno 1.0 EPI 3 Portas

Ano: 2005

Placa: PR-1565

Chassi: 9LH1111101111112

Data do Acidente: 15/01/2010

Local e data do cartório: Curitiba - PR

Assinatura do Declarante

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

Conheço e reconheço esta firma por autenticidade.

REFIDELIA FÁCIL SISTEMA DE CADASTRO DE FALTA
www.refideli.com.br
Refideli é marca registrada da Refideli Sistech S.A.

Sistema que auxilia os gestores da educação a gerir
a falta de estudantes de forma eficiente e
rápida. A Refideli é uma das maiores empresas de
soluções para a educação no Brasil, com mais de
10 mil clientes em todo o país. A Refideli
é uma das empresas mais inovadoras do Brasil,
e tem sido reconhecida internacionalmente.
A Refideli é uma das empresas mais inovadoras do Brasil,
e tem sido reconhecida internacionalmente.
A Refideli é uma das empresas mais inovadoras do Brasil,
e tem sido reconhecida internacionalmente.

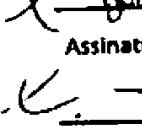


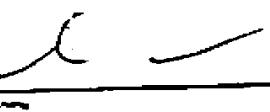
Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, JOSÉ FRANCISCA SILVA
RG: 6614353, data de expedição 27/03/2003
Órgão SDS, portador do CPF 019.484-23, com
domicílio na cidade de CAMPOMBOIA 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 veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Janielaudia Castano de Oliveira
cujo o condutor era Janielaudia Castano de Oliveira
Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA / NXR 150 Bros ESD
Ano: 2013
Placa: P20 3565
Chassi: 9C2KD0540DR125849
Data do Acidente: 29/08/2018

Local e data do cartório: Exarcaim de São Félix, 23, 14200-000


José Francisco da Silva
Assinatura do Declarante


13 JUN 2019


PROTOCOLO
EXARCAIM PERNAMBUCO

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

SERVIDOR AUTENTICO E NOTARIAL DA EXARCAIM DE SÃO FELIX	
Vizinhos: <u>Antônio Cordeiro de Mello Jr.</u>	
Telefone: <u>(81) 3713-2000-00</u>	
Respondo por Autenticidade que a declaração (a) de JOSE FRANCISCO DA SILVA, Dado 29, mês de Agosto de 2018, Rua 150, nº 019.484-23, total: 1.700,00 reais, é verdadeira - Declarante: <u>Antônio Yves Cordeiro de Mello Jr.</u>	
O Servidor - Registrante certificando que a assinatura é original.	
Data: <u>09/06/2020</u> - Título: <u>001510194835200000055555923</u>	
Documentos assinados digitalmente em: www.tjpe.jus.br/electronicos	

