

283.7430

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**  
Número  
**031.820.874-10**  
Nome  
**ADEILDO DOMINGOS DA SILVA**  
Nascimento  
**17/05/1974**  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



### PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Amílcar Domingos da Silva  
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 033.820.874-20 e portador da cédula de identidade  
nº 5493545, residente e domiciliado(a) na  
St. Aquilanga  
nº 232-A bairro de Bonito Rural  
CEP 55680-000 na cidade de FE  
Bonito

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife 25 de 07 de 2019

Amílcar Domingos da Silva  
Outorgante







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 088ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP88ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0178002952**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/08/2017** às **13:16**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **25/9/2016** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BONITO, 1, PE 109, SENTIDO BONITO - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
ELENIVALDO FIRMINO DA SILVA (TESTEMUNHA)  
ADEILDO DOMINGOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELENIVALDO FIRMINO DA SILVA



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

**ADEILDO DOMINGOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA DAVINA DA SILVA**  
Pai: **SEBASTIAO DOMINGOS DA SILVA** Data de Nascimento: **17/5/1974** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BONITO, , SITIO TILOLA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ELENIVALDO FIRMINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DORALICE SEVERINA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **19/6/1990** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BONITO, 85, RUA VEREADOR OLEGARIO LUIZ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ELENIVALDO FIRMINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELENIVALDO FIRMINO DA SILVA**

file:///C:/Users/Policia%20Civil/.infopol/xml/BOEPreview.html

18/08/2017



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEH0886** (PERNAMBUCO/BONITO) Renavam: **333083989** Chassi: **9C6KE1520B0048341**

### Complemento / Observação

A VITIMA E TESTEMUNHA COMPARECERAM NESTA DP NOTICIANDO ACIDENTE DE TRANSITO QUE OCORREU EM BONITO. QUE A VITIMA TRAFEGAVA EM BANCO DE PASSAGEIRO NA REFERIDA MOTOCICLETA PILOTADA PELA TESTEMUNHA QUANDO OUTRA MOTOCICLETA NAO IDENTIFICADA COLEDIU NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA ONDE ESTAVAM A VITIMA E TESTEMUNHA/CONDUTOR. QUE AMBOS CAIRAM NA VIA. QUE O AUTOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DOLOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. QUE O CONDUTOR NADA SOFREU. QUE A VITIMA SOFREU LESOES NO JOELHO DIREITO E BRAÇO DIREITO E FOI SOCORRIDA POR VEICULO QUE TRAFEGAVA PELA RODOVIA NAQUELE MOMENTO. QUE A VITIMA FOI LEVADA PARA HOSPITAL DA CIDADE DE BONITO SENDO TRANSFERIDA PARA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE PRONTUARIO 283743. QUE A VITIMA FOI TRANSFERIDA MAIS UMA VEZ ATE O HOSPITAL JESUS PEQUENINO ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA NO JOELHO DIREITO. PEDE PROVIDENCIAS.

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

*Adeildo Domingos da Silva*  
**ADEILDO DOMINGOS DA SILVA**

(VITIMA)

*Elenivaldo Firmino da Silva*  
**ELENIVALDO FIRMINO DA SILVA**

(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **JOSE NIVALDO BEZERRA-DOS SANTOS** - Matrícula: **319618-6**





# Prefeitura Municipal de Bonito

SECRETARIA DE SAÚDE / SUS / HOSPITAL DR. ALBERTO DE OLIVEIRA

## LAUDO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Nome do paciente:	Nélio Domingos da Silva		42a
Quadro clínico:	Paciente com história de queda de moto + trauma em joelho DIR + Rx fratura patela		
Diagnóstico:			
Auxiliar responsável:			COREN:

### 1ª. REMOÇÃO

Destino:	Hospital Regional de Bonito	Município:	Camamu / PE	Hora da saída:	
				Hora da chegada:	
Motivo: (Registrado e detalhado)	ARTO PERIL (Sintoma 1. 50.09.590)				
Médico assistente: (Assinatura e carimbo)		Nº. CRM:		Data:	24/9/16
Local:				Data:	
Médico que atendeu:		Nº. CRM:		Hora:	

### 2ª. REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora da saída:	
		Hora da chegada:	
Motivo: (Registrado e detalhado)			
Médico assistente: (Assinatura e carimbo)	Nº. CRM:	Data:	
Local:		Data:	
Médico que atendeu:	Nº. CRM:	Hora:	
Unidade prestadora do atendimento:	Município:		
Especificação do atendimento prestado:			
Assinatura do responsável:	Nº. CRM:	Data:	





## Prontuário: 283743

**Religião:**

CNS:898002365781103

Nº: 0

Estado: PE

Profissão:

**Acompanhante:**

**Clinica:** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Médico: MEDICO PLANTONISTA**

Queixa Principal / HDA: *Prontidão de ajuda psicológica às  
vítimas referidas do seu trabalho. Numa sessão de avaliação  
de desempenho a nível profissional, foram realizadas algumas  
(técnicas de treino) 1/2 hora*

PA: FC: FR:

Seu exposto meu

blasse Vermehrung der Pflanzen  
auf dem Gelände

visório: William du Plessis D. Fernandes

#CS: Othello syndrome | 10/11/2020

Dieta: \_\_\_\_\_

## Horánie

① Halbes Gewebe problem  
verdrängen

**SUS**Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

**2427419**

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

**ADEILDO DOMINGOS DA SILVA**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

**283743**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**319191423615718111031715174**

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

**Josefa Domingos da Silva**

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

**Sítio Builonga**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**Bonito**

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

**PE 55680000****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**PEL UTILINA DO ACIDENTE MOTORVEICULAR  
REFORIMADO EM JOELHO (D). NÃO VÔMITO**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**TRATAMENTO CIRÚRGICO**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

**RX FRATURA DE PATELA (D)**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**FRATURA DE PATELA (D)**

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames


Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura

Diag. Definitivo:

*Furto de du pólus @ (Fechado)*

Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido

☒ Transferência: *#58 (27/08)* ☒ Internamento

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

9/25/2016 2:11:00 PM  
2 de 2

Usuario do Atendimento  
JOSERPGS





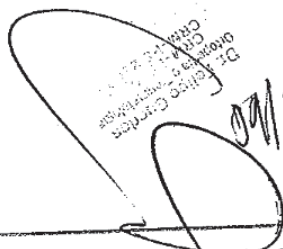


P/ Adeldo Bournos da Silva

Laudo Médico

Operante portador de tumor,  
com fraturas de patela direita -

Substado à cirurgia em 29/09/2016  
(fixado com fios de Kirschner + cerclagem).

  
09/12/16

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Adeildo Domingos da Silva,  
brasileiro(a), estado civil solteiro,  
profissão solteiro Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 031 820 874 40, e portador da cédula de  
identidade nº 54 35545, residente e  
domiciliado(a) Sl Quilonga  
nº 222 A, bairro Bonito Rural  
CEP 55680-000 na cidade de  
Bonito / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,  
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas  
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo  
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 25 de 07, de 2019

NOME: Adeildo Domingos da Silva





## 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



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

MARILENE DOMINGOS DA SILVA  
CPF: 037.082.634-56 NIS: 16389391634

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI QUILONGA 232 -A

SITIO QUILONGA/BONITO RURAL  
55680-000 BONITO 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](http://www.celpe.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

**10/07/2019**

## TOTAL A PAGAR (R\$)

**11,07**

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/07/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

03/07/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

068055987

## CONTA CONTRATO

007018766935

## Nº DO CLIENTE

2013875512

## Nº DA INSTALAÇÃO

0006059230

## CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico**

## RESERVADO AO FISCO

**F479.3CF0.14AE.92AE.221C.3089.659F.FB61**

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19218255	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	12,00	0,32945580	3,95
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,26
Multa por atraso-NF 064068199 - 03/06/19			0,27
Juros por atraso-NF 064068199 - 03/06/19			0,09
Atualização IGPM-NF 064068199 - 03/06/19			0,08
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,35-
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>11,07</b>

## 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	9.72	0.82	0.07	9.72	3.81	0.37

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18328450	JUL 19	42
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200	JUN 19	56
		MAI 19	58
		ABR 19	55
		MAR 19	66
		FEV 19	57
		JAN 19	95
		DEZ 18	104
		NOV 18	101
		OUT 18	78
		SET 18	78
		AGO 18	62
		JUL 18	0

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	4,51	46,40
Transmissão	0,50	5,14
Distribuição (Celpe)	3,02	31,07
Encargos Setoriais	0,30	3,09
Tributos	0,44	4,53
Perdas de Energia	0,95	9,77
<b>TOTAL</b>	<b>9,72</b>	<b>100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003150595508	CAT	03/06/2019 964,00	03/07/2019 1.006,00	30	1,00000	0,00	42,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/08/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	BONITO	0,00	11,45	22,90	45,80
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 4,82					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! neidinha roupas e acessórios: av doutor alberto de oliveira 217 loja centro / taismar comercio de produtos f: av doutor alberto de oliveira  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
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 próx. 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\$ 14,51.  
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	TALÃO DE PAGAMENTO
007018766935	07/2019	11,07	10/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838400000006 110700110074 018766935100 141663404235



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

[jimento.celpe.com.br/NDP\\_DCSRUCES\\_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?redirfatura=t...](http://jimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?redirfatura=t...) 1/1

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 25/08/2019 17:01:02

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082517010289700000049019277>

Número do documento: 19082517010289700000049019277

## SINISTRO 3180143155 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ADEILDO DOMINGOS DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** ADEILDO DOMINGOS DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 03182087410

### Posição em 25-07-2019 14:59:30

Seu processo foi analisado por nossa equipe técnica e, como identificamos a existência de irregularidades, o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado.

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/04/2018	Negativa Técnica - Irregularidade	

