



Número: **0000029-08.2020.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Belmonte**

Última distribuição : **24/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59145895	12/03/2020 11:32	2702029_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOSE DO BELMONTE/PE

Processo: 00000290820208173330

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 22/07/2019.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190553200	Cidade: São José do Belmonte	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA	Data do acidente: 11/04/2019	Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .				
Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.				
Resultados terapêuticos: FRATURA CONSOLIDADA , LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 07/10/2019				
Conduta mantida:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	31/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000067840-7

Nr. da Autenticação 146D9ABD32BF8F76

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquirir a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

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



DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca da forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017



Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAO JOSE DO BELMONTE, 4 de março de 2020.

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 - 12/03/2020 11:32:55
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031211325515200000058165281>
Número do documento: 20031211325515200000058165281

Num. 59145895 - Pág. 7

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SAO JOSE DO BELMONTE**, nos autos do Processo nº 00000290820208173330.

Rio de Janeiro, 4 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0000029-08.2020.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Belmonte**

Última distribuição : **24/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

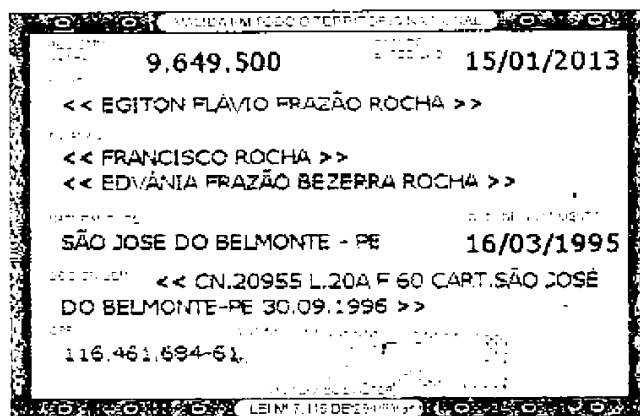
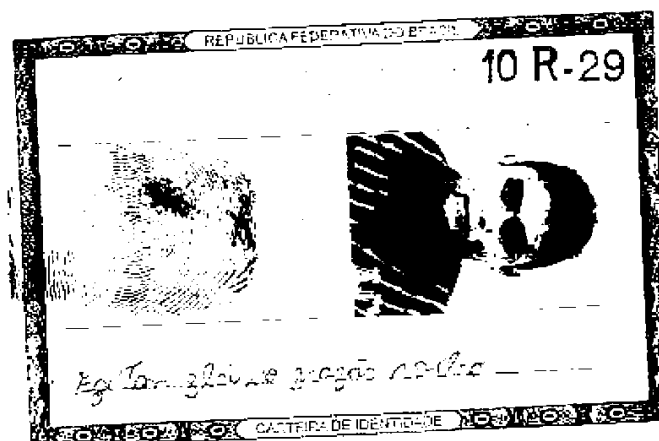
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

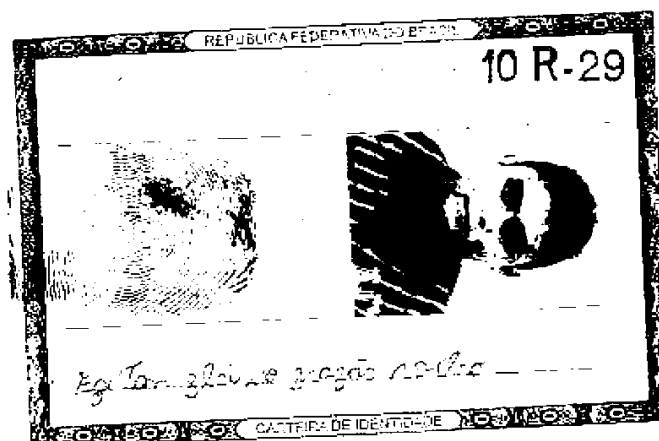
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59145898	12/03/2020 11:32	ANEXO 1	Outros (Documento)





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
VALOR	9.649.500
DATA	15/01/2013
<< EGITON FLÁVIO FRAZÃO ROCHA >>	
<< FRANCISCO ROCHA >>	
<< EDVÂNIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA >>	
LOCAL	SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE
DATA	16/03/1995
<< CN.20955 L.20A F 60 CART.SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE 30.09.1996 >>	
116.461.694-61	
LEI Nº 7.115 DE 20/06/73	

F-52 78.240 - 447



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
AUTORIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC IDENTIDADE (ORIG. EMISSÃO)
5840550 SSP PE

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

PLACAO
**GILBERTO CARLOS DE LIM
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA**

PERMISSÃO
RESTRITA

ACC
RESTRITA

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
32136655400

VALIDADE
30/06/2021

HABILITAÇÃO
18/12/2001

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASIFICAR
1482661245

OBSERVAÇÕES
RAR
COTA

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

Dr. Carlos Anderson Teles Ribeiro
Diretor Provisório

ASSINATURA DO EMITENTE

**23820552588
PE079966268**

PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
AUTORIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC IDENTIDADE (ORG EMISSÃO)
5840550 SSP PE

CPF
008.475.324-29

DATA NASCIMENTO
03/05/1978

PLACAO
**GILBERTO CARLOS DE LIM
A
MARIA DE LOURDES MELO
DE LIMA**

PERMISSÃO
RESTRITA

ACC
RESTRITA

CAI HAB
AB

Nº REGISTRO
32136655400

VALIDADE
30/06/2021

HABILITAÇÃO
18/12/2001

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASIFICAR
1482661245

Observações
RAR
CMT

George Carlos Melo Lima

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
24/07/2017

Dr. Carlos Anderson Teles Ribeiro
Diretor Provisório

ASSINATURA DO EMITENTE

**23610552588
PE079966268**

PERNAMBUCO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

012212210270

DETRAN - RJ

CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

1. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

3. IDENTIFICAÇÃO DO VENDEDOR

4. IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

5. IDENTIFICAÇÃO DO INTERMEDIÁRIO

6. IDENTIFICAÇÃO DO TESTEMUNHA

7. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

8. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

9. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

10. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

11. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

12. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

13. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

14. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

15. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

16. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

17. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

18. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

19. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

20. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

21. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

22. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

23. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

24. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

25. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

26. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

27. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

28. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

29. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

30. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

31. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

32. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

33. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

34. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

35. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

36. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

37. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

38. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

39. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

40. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

41. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

42. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

43. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

44. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

45. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

46. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

47. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

48. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

49. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

50. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

51. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

52. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

53. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

54. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

55. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

56. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

57. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

58. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

59. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

60. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

61. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

62. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

63. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

64. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

65. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

66. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

67. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

68. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

69. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

70. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

71. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

72. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

73. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

74. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

75. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

76. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

77. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

78. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

79. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

80. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

81. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

82. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

83. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

84. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

85. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

86. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

87. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

88. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

89. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

90. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

91. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

92. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

93. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

94. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

95. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

96. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

97. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

98. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

99. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

100. IDENTIFICAÇÃO DO ATESTADO

05 SET 2019



DENTAREN

012212210290

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The concentration of the *Agrobacterium* suspension was 10⁶ cells/ml (○), 10⁷ cells/ml (□), 10⁸ cells/ml (△), and 10⁹ cells/ml (◇). The error bars represent the standard deviation of three independent experiments.

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The *Agrobacterium* strains were incubated with the plant explants for 24 h. The explants were then cultured on the selective medium. The number of explants transformed was counted. The results are the mean $\pm$ SD of three independent experiments. The scale bar represents the standard deviation.

Figure 1 is a schematic representation of the experimental design. It shows a sequence of events: a subject is presented with a stimulus (a word), then a response is generated (a word), and finally, a feedback is provided (a word). The process is repeated for multiple trials. The diagram is divided into two main sections: 'Stimulus' and 'Response', with a 'Feedback' section at the bottom. The 'Stimulus' section shows a word 'cat' being presented. The 'Response' section shows the word 'cat' being generated. The 'Feedback' section shows the word 'cat' being provided. The process is repeated for multiple trials.

[illegible]

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The *Agrobacterium* strains were grown in YEA medium at 28°C for 24 h. The cell concentration was adjusted to 1.0 × 10⁸ cells/ml. The cell suspension was mixed with the plant tissue and incubated for 24 h. The plant tissue was then cultured on the selective medium. The transformation efficiency was calculated as the number of transformants per 100 mg of plant tissue. The data are the mean ± SD of three independent experiments.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Charles Andrew Jones, Jr.

— *Journal of the American Medical Association*, 1997

CONTRAM



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do acidente: 11/04/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA CONSOLIDADA , LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do acidente: 11/04/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: &@P5

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do acidente: 11/04/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: &@P5

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do acidente: 11/04/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: &@P5

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553200

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do acidente: 11/04/2019

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (SUTURA) E ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: &@P5

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante EGITON FLAVIO FROZÃO NOCHA,
portador(a) do documento de identidade nº 9.649.500
expedido por SPS - PE, em 15 10 2013
inscrito no CPF sob o nº 316.461.634-61, residente na
EL OLHO D'ÁGUA nº 5190
complemento CASA, bairro DEBÃO RURAL
cidade SÃO JOSÉ DO BELMONTE, estado PE
data do acidente 11 04 2019, DPVAT cobertura TOTALIDADE.

2. Outorgante GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550
expedido por SPS - PE, em 24 10 2012
inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA nº 523
complemento CASA, bairro SÃO CRISTÓVÃO
cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 02 de 09 de 2019

Outorgante: Egiton Flavio Frozão Nocha

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Titular: EDIVIRNEZ GOMES DE MARIAS FERREIRA
Telefone: (87) 3861-306

Reconheço por autenticidade a firma de EGITON FLAVIO FROZÃO NOCHA, São José do Belmonte/PE, Dou Fei, Edivirneza Gomes de Marias Ferreira, Tabelião Pública. Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FPM: R\$ 0,64, FUNDEC: R\$ 0,28, FPM: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20, Total R\$ 4,91. São José do Belmonte, 02 de Setembro de 2019. 19.09.2019. Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sistema/geral

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
Titular: EDIVIRNEZ GOMES DE MARIAS FERREIRA
Telefone: (87) 3861-306

05 SET 2019



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante EGITON FLAVIO FROZÃO NOCHA,
portador(a) do documento de identidade nº 9.649.500
expedido por SPS - PE, em 15 10 2013
inscrito no CPF sob o nº 316.461.634-61, residente na
EL OLHO D'ÁGUA nº 5190
complemento CASA, bairro DEBÃO RURAL
cidade SÃO JOSÉ DO BELMONTE, estado PE
data do acidente 11 10 2019, DPVAT cobertura TOTALIDADE.

2. Outorgante GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550
expedido por SPS - PE, em 24 10 2012
inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA nº 523
complemento CASA, bairro SÃO CRISTÓVÃO
cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 02 de 09 de 2019

Outorgante: EGITON FLAVIO FROZÃO NOCHA

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Titular: EDIVIRNEZ GOMES DE MARIAS FERREIRA
Telefone: (87) 3861-306

Reconheço por autenticidade a firma de EGITON FLAVIO FROZÃO NOCHA, São José do Belmonte/PE, Dou Fei, Edivirneza Gomes de Marias Ferreira, Tabelião Pública. Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FPM: R\$ 0,64, FUNDEC: R\$ 0,08, FPM: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20, Total R\$ 4,91. São José do Belmonte, 02 de Setembro de 2019. 19.09.2019. Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sistema/geral

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
RUA JOÃO ALVES DE SOUZA, 100
SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE
CEP: 55.000-000
FONE: (87) 3861-306
FAX: (87) 3861-306
E-MAIL: cjb@tjpe.jus.br

05 SET 2019



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante EGITON FLAVIO FREZÃO RUCHA,
portador(a) do documento de identidade nº 9.649.500
expedido por SPS - PE, em 15 10 12013,
inscrito no CPF sob o nº 116.461.634-61, residente na
ST. OLHO D'ÁGUA nº 5690
complemento CASA, bairro REGIÃO RURAL
cidade SÃO JOSÉ DO BELMONTI, estado PE
data do acidente 11/04/2019, DPVAT cobertura TALGULIDE.

2. Outorgante GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5842550
expedido por SPS - PE, em 24 10 12012,
inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA nº 523
complemento CASA, bairro SÃO CRISTÓVÃO
cidade SERRA TALHADA, estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SÃO JOSÉ DO BELMONTI - PE 02 de 09 de 2019.

Outorgante: Egiton Flavio Frezão Rucha

CAPTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTI
TITULAR: EDIVIGENS GOMES DE MARIAS PEREIRA
Telefone: (87) 39841-006

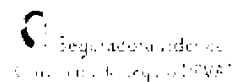
Percentagem por autenticidade a firma de EGITON FLAVIO FREZÃO RUCHA: São José do Belmonte/PE, Dou. Pa. Edwigens Gomes de Marias Pereira, Tabela Pública. Empl: PS 3,39, TSNP: R\$ 0,80, FIRM: R\$ 0,04, TUNSG: R\$ 0,04, FISC: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20, Total R\$ 4,87. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selcdigital

OUTORGADO DO 2º OFÍCIO

ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CPF: 000.000.000-00
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/03/2020 11:32:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031211325526300000058165284>
Número do documento: 20031211325526300000058165284



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308811/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF: 116.461.684-61

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 11/04/2019

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

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: 05/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

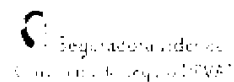
Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

MANOEL COELHO NETO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308811/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF: 116.461.684-61

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 11/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

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: 05/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

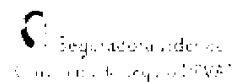
Data do cadastramento: 05/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

MANOEL COELHO NETO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333672/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF: 116.461.684-61

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 11/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

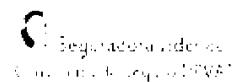
Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

MANOEL COELHO NETO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333672/19

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

CPF: 116.461.684-61

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 11/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA : 116.461.684-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA
CPF: 116.461.684-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

MANOEL COELHO NETO





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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553200

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

Carta nº 14815260

Pag. 01065/01066 - carta_01 - INVALIDEZ

00020533





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, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190553200 Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do Acidente: 11/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01989/01990 - carta_02 - INVALIDEZ

00050995



Carta nº 14832099





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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190553200

Vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000067840-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do Atestado da ASB: _____ 8 - CPF da vítima: 116.461.634-61 4 - Nome completo da vítima: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

5 - Nome completo: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA 6 - CPF: 116.461.634-61
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S. OLHO D'AGUA 9 - Número: 5190 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Rio Rural 12 - Cidade: SAS JOSE DO BELMONTE - PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.950-000
15 - E-mail: 87.9948-1412

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 - RG 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:

☒ REUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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 Seguradora LIDER Assistência Médica)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (somente para pais)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 678407 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe 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 a que eu tiver direito, recebendo e dando ciência de 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 é impossível apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de preenchimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Relembro-me de que, na ausência do prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na decisão apresentada, eu, titular do pedido, já, em ato subscrito, a apresentação às autoridades do Seguro LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes de caráter de trânsito em julgado, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, § 1º, permitindo que esta autuação não signifique prévia concordância com a futura avaliação médica ou técnica ou direito de contestação, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima de uma companhia(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima de uma companhia(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: _____ 30 - Vítima deixou nascitomo(s) vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos seus beneficiários que se apresentarem e comprovarem este link, estando eu, titular do pedido, ainda, de que qualquer contestação da declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imposto de Renda da vítima ou beneficiário não afetado: _____
35 - Nome legível de quem assina a rogatória: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogatória: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória: _____

38 - 39 - Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
40 - 41 - Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: BELMONTE - PE - 28/08/2019

Egiton Flavio Frazao Rocha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (impressível)

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FFS.001.V002/2019

05 SET 2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro no ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

116.461.634-61

FRITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

5 - Nome completo:

FRITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

116.461.634-61

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

S. OLHO D'ÁGUA

9 - Número:

15490

10 - Complemento:

CASA

11 - Tipo:

RUA RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

89.99448-5412

DADOS CADASTRAIS

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:

19 - CPF 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ 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 (fundada pelo titular ou pelo Assured e uma só)

☐ CONTA CORRENTE (outras bancas)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0714

CONTA:

678407

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (resíduo) do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima declarado, 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 não submeter à avaliação médica as contas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das despesas permanentes decorrentes da doença de trânsito, conforme Lei 5.394/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, esta devida do seu contrato.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Graude Parentesco com a vítima:

26 - Vítima de sexo masculino(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascidos (ou nascendo)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima de sexo masculino(a)?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem for beneficiário que se apresentar e provar em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer pedido ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal conforme o artigo 206 do Código Penal.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura da vítima ou do beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedida

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedida

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedida

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: BEL MONTE - PE - 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima ou do beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PFS-001 V002/2019

10/07/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro no ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

116.461.634-61

ERITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

5 - Nome completo:

ERITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

6 - CPF:

116.461.634-61

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

S. OLHO D'ÁGUA

9 - Número:

15400

10 - Complemento:

CASA

11 - Tipo:

RIO RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

89.9448-5477

DADOS CADASTRAIS

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:

19 - CPF 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ 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 (fundada para o benefício e não Assinada com o titular)

☐ CONTA CORRENTE (conta de serviços)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0714

CONTA:

67840

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (resíduo) do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima declarado, 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 não submeter à avaliação médica as contas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das despesas permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.394/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, esta devida do seu contrato.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do acidente da vítima:

25 - Graude Parentesco com a vítima:

26 - Vítima de sexo masculino(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima de sexo masculino(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima possui nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima de sexo masculino(a) tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem for beneficiário que se apresentar e provar em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer pedido ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal conforme o artigo 206 do Código Penal.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura da vítima ou do beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedida

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedida

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedida

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: BEL MONTE - PE - 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima ou do beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PFS-001 V002/2019

10/07/2019



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190553200
Nome do(a) Examinado(a): Egíton Flavio Frazao Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Sl Olho D Agua, 5190 Casa
Sítio Rural Sao Jose do Belmonte PE CEP: 56950-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9649500
Data local do acidente: [11/04/2019]
Data local do exame: [07/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 24/09/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190553200
Nome do(a) Examinado(a): Egiton Flavio Frazao Rocha
Endereço do(a) Examinado(a): Sl Olho D Agua, 5190 Casa
Sítio Rural Sao Jose do Belmonte PE CEP: 56950-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9649500
Data local do acidente: [11/04/2019]
Data local do exame: [07/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA .
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 24/09/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO DISCRETA, LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000575**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - SITIO JUREMA**
- Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (OUTRO)
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: **EDVANIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA** Pai: **FRANCISCO ROCHA** Data de Nascimento: **16/3/1995** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9649500/SDS/PE (RG), 11646168461 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81441893**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , SITIO JUREMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: **MARIA LUCIA MONTEIRO FERRAZ** Pai: **EDIVALDO ANDRELINO DA SILVA** Data de Nascimento: **6/11/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9099336/SDS/PE (RG), 11584008458 (CPF), 05561462555 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares: **- 91051570**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1215, LOTEAMENTO AREIA BRANCA - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: DesconhecidoNaturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

05 SET 2019

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8075** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO); Renavam: **100667613** Chassi: **9C2KC1680ER020849**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DESCRITO NESTE BOE TRAFEGAVA NA PE 430 NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDENCIA NA MOTO DE UM PARENTE SEU E AO FAZER UMA CURVA O FREIO DIANTEIRO TRAVOU E NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO CHEGANDO A CAPOTAR O QUE PROVOCOU DANOS MATERIAIS NA MOTO E LESÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE SAUDE LOCAL "LEONIDAS PEREIRA E MENEZES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA
(VITIMA)

Egiton Flavio Frazão Rocha

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO
(OUTRO)

Romario Monteiro Andrelino

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matrícula: **115716-7**

Jose Iran de Oliveira Barros

[Assinatura]

05 SET 2019

22/07/2019 10:43





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178ªCIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000575**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - SITIO JUREMA**
- Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (OUTRO)
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDVANIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA Data de Nascimento: 16/3/1995 Naturalidade: SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9649500/SDS/PE (RG), 11646168461 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Esporadicidade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 81441893

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , SITIO JUREMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA MONTEIRO FERRAZ Pai: EDIVALDO ANDRELINO DA SILVA Data de Nascimento: 6/11/1993 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9099336/SDS/PE (RG), 11584008458 (CPF), 05561462555 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: COBRADOR Telefones Celulares: - 91051570

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1215, LOTEAMENTO AREIA BRANCA - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO, que estava em posse do(a) Sr(a): EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8075** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100667613** Chassi: **9C2KC1680ER020849**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DESCRITO NESTE BOE TRAFEGAVA NA PE 430 NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDENCIA NA MOTO DE UM PARENTE SEU E AO FAZER UMA CURVA O FREIO DIANTEIRO TRAVOU E NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO CHEGANDO A CAPOTAR O QUE PROVOCOU DANOS MATERIAIS NA MOTO E LESÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE SAUDE LOCAL "LEONIDAS PEREIRA E MENEZES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA
(VITIMA)

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matrícula: **115716-7**

20 SET 2020

22/07/2019 10:17





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE -
DP178ªCIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000575**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às **10:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - SITIO JUREMA**
- Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (OUTRO)
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDVANIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA Data de Nascimento: 16/3/1995 Naturalidade: SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9649500/SDS/PE (RG), 11646168461 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Esporadicidade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 81441893

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , SITIO JUREMA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA MONTEIRO FERRAZ Pai: EDIVALDO ANDRELINO DA SILVA Data de Nascimento: 6/11/1993 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9099336/SDS/PE (RG), 11584008458 (CPF), 05561462555 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: COBRADOR Telefones Celulares: - 91051570

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1215, LOTEAMENTO AREIA BRANCA - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO, que estava em posse do(a) Sr(a): EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8075** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100667613** Chassi: **9C2KC1680ER020849**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

Complemento / Observação

A VITIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA COMUNICAR QUE NO DIA DESCRITO NESTE BOE TRAFEGAVA NA PE 430 NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDENCIA NA MOTO DE UM PARENTE SEU E AO FAZER UMA CURVA O FREIO DIANTEIRO TRAVOU E NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO CHEGANDO A CAPOTAR O QUE PROVOCOU DANOS MATERIAIS NA MOTO E LESÕES PELO CORPO, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE DE SAUDE LOCAL "LEONIDAS PEREIRA E MENEZES ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA A CIDADE DE SERRA TALHADA POR CONTA DA GRAVIDADE DAS LESÕES.

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

EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA
(VITIMA)

ROMARIO MONTEIRO ANDREILINO
(OUTRO)

B.O. registrado por: **JOSE IRAN DE OLIVEIRA BARROS** - Matrícula: **115716-7**

20 SET 2020

22/07/2019 10:12





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro no ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

116.461.634-61

FRITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

5 - Nome completo:

FRITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

116.461.634-61

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

S. OLHO D'ÁGUA

9 - Número:

15490

10 - Complemento:

CASA

11 - Tipo:

RIO RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

89.99448-5417

DADOS CADASTRAIS

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:

19 - CPF 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ 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 citados. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (somente bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0714

CONTA:

67840

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (resíduo) do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de recebimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, 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 não submeter à avaliação médica as contas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das despesas permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.394/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a esta decisão do seu contrato.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do acidente da vítima:

25 - Graude Parentesco com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

26 - Vítima de sexo masculino(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascidos (ou nascendo)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima de sexo masculino(a)?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem for beneficiário que se apresentar e provar em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de restituição do valor recebido, além da responsabilização criminal conforme o artigo 204 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinado por quem a vítima ou beneficiário não alfabetizado:

35 - Nome legível de quem assina a seguinte petição:

36 - CPF legível de quem assina a seguinte petição:

37 - (*) Assinatura de quem assina a seguinte petição:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: BEL MONTE - PE - 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima ou beneficiário (ou representante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PFS-001 V002/2019

10/07/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro no ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

116.461.634-61

FRITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

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

5 - Nome completo:

FRITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

116.461.634-61

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

S. OLHO D'ÁGUA

9 - Número:

15490

10 - Complemento:

CASA

11 - Tipo:

RIO RURAL

12 - Cidade:

SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.950-000

15 - E-mail:

89.99448-5417

DADOS CADASTRAIS

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:

19 - CPF 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ 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 (fundada pelo titular ou pelo Assured e uma só)

☐ CONTA CORRENTE (duas ou mais)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0714

CONTA:

678407

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (resíduo) do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima declarado, 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 não submeter à avaliação médica as contas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das despesas permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.394/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, esta devida do seu contrato.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do acidente da vítima:

25 - Graude Parentesco com a vítima:

26 - Vítima de sexo masculino(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima de sexo masculino(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima possui nascituro(a) nascido(a) no Brasil?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima de sexo masculino(a) tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem for beneficiário que se apresentar e provar em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer pedido ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal, conforme artigo 204 do Código Penal.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura da vítima ou do beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedida

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedida

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedida

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: BEL MONTE - PE - 28/08/2019

41 - Assinatura da vítima ou do beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS-001 V002/2019

01/09/2019





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

9-8179-1893

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG: 9649500
Logradouro: SÍTIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO | SIM | QUAL:
Tax. ☐ PC FR. ☐ Irpm FC: ☐ bpm HGT ☐ mg/dl PA ☐ X ☐ mmHg Peso ☐ kg
Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no laboratório.

Hipótese Diagnóstica:

Trombose de membros.

Conduta Terapêutica:

- ① 250mg de IFA, 11/10
- ② Trombolise + 100mg de IFA, 9/11. EV. 11/10

COMPROVAÇÃO DE ATO DECEPSTORIL

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cristiano Mariano C. Neto
Médico
CRM-PE: 27095

Médico

Maria da Conceição Alves Carvalho

05 SET 2019





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

9-8179-1893

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG: 9649500
Logradouro: SÍTIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO | SIM | QUAL:
Tax. ☐ PC FR. ☐ Irpm FC: ☐ bpm HGT ☐ mg/dl PA ☐ X ☐ mmHg Peso ☐ kg
Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no laboratório.

Hipótese Diagnóstica:

Trombose de membros.

Conduta Terapêutica:

- ① 250mg de IFA, 11/10
- ② Trombolise + 100mg de IFA, 9/11. EV. 11/10

COMPROVAÇÃO DE ATO DECEPSTORIL

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Adriano Mariano C. Neto
Médico
CRM-PE: 27095

Médico

Maria da Conceição Alves Carvalho

05 SET 2019



9.4194.1893



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG:9649500
Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____
Taxa: [] FC FR. [] ipm FC: [] ipm HGT [] mg/dl PA [] X [] mmHg Peso: [] kg
Classificação de Risco: VERMELHO [] AMARELO [] VERDE [] AZUL []

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no Baudet.

Hipótese Diagnóstica:

Trombose de membros.

Conduta Terapêutica:

① *Aspirina 100mg, 1x/dia*
② *Trombolítico 100mg, 1x/dia*

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. *Carliane Mariana C. Neto*
Médico
CREME: 27000

Maria Antonia Alves Carvalho

20.03.2020



9.4194.1893



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG:9649500
Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____
Taxa: [] FC FR. [] lipm FC: [] lipm HGT [] mg/dl PA [] X [] mmHg Peso: [] kg
Classificação de Risco: VERMELHO [] AMARELO [] VERDE [] AZUL []

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no tórax.

Hipótese Diagnóstica:

Trauma de tórax.

Conduta Terapêutica:

① *Tratamento FA, 24h 11/4/20*
② *Tratamento FA + 100mg SF2, 9h. EU. 11/4/20*

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. *Coriano Mariano C. Neto*
Médico
CREME: 27000

Maria Antonia Alves Carvalho

20.03.2020



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000067840-7

Nr. da Autenticação 146D9ABD32BF8F76





Térço Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.478, de 26/04/03
NOTA FISCAL - FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA
Cidade de São Paulo - SP
Ano de Início: 1997
CNPJ: 07.000.000/0001-91

DADOS DO CLIENTE
FRUITO SOUZA

DADOS DO CLIENTE
SOLANGE ALVES

CPF: 330.443.174-87

ENDEREÇO: RUA JOSE DE ALMEIDA, 111 - JARDIM
SOLANGE ALVES

INSCRIÇÃO
DE RENDIMENTO
PESQUISA

DATA DE EMISSÃO: 03/2019
7026660720

DATA DE EMISSÃO: 26/03/2019
15/04/2019

VALOR DO DEBITO: R\$ 17,88
VALOR DO CREDITO: R\$ 0,00
VALOR DO PAGAMENTO: R\$ 17,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
30,00 KWH	R\$ 0,596	R\$ 17,88

TOTAL DA FATURA: R\$ 17,88

TIPO DE TARGA	DATA DE EMISSÃO	VALOR DO DEBITO	VALOR DO CREDITO	VALOR DO PAGAMENTO
RESIDUAL	03/2019	R\$ 17,88	R\$ 0,00	R\$ 17,88

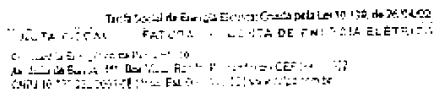
PERÍODO	VALOR DO DEBITO	VALOR DO CREDITO	VALOR DO PAGAMENTO
01/01/2019	R\$ 17,88	R\$ 0,00	R\$ 17,88

Assinatura eletrônica: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinatura eletrônica: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

05 SET 2019





ENTERED THE UNITED STATES OF AMERICA
JAN 10 1901

ECONOMIE - REVENUE - POLITIQUE MONETAIRE

DATE OF BIRTH	DATE OF
7026660720	03/2019
DATE OF DEPARTURE	DATE OF RETURN
26/03/2019	15/04/2019
TOTAL D. OF	

ANEXO A FISCAL	UNICA	CLASSADO
ANEXO A FISCAL	UNICA	CLASSADO
ANEXO A FISCAL	UNICA	CLASSADO

DESGRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Carvão Ativado (CM)	20	2.550,00	51.000,00
Carvão de Fumo Público Municipal			1.39

$$T: \mathbb{R}^n \rightarrow \mathbb{R}^n \text{ is a linear map}$$

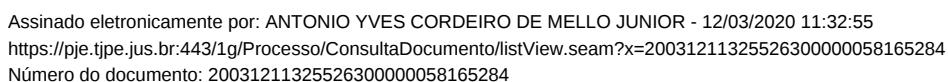
17 E3

SISTEMA DE INVENTARIAMENTO FISCAL								
Nº DO MATERIAL	TÍTULO E FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE EMPENHANTE	AJUSTE	SOLUÇÃO (PAA)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
01-000000	CAR.	16-07-88	143,00	16-07-88	143,00	XI	1,0000	0,00

[illegible][illegible]

Als Konsequenz gehen wir davon aus, dass die in der Studie untersuchten Personen, die eine psychologische Intervention erhalten, diese auch in Anspruch nehmen werden. Dies ist eine wichtige Annahme, da die Wirksamkeit der Intervention davon abhängt, ob sie tatsächlich genutzt wird. Die Annahme ist jedoch nicht ohne Weiteres gegeben und sollte in Zukunft durch weitere Studien überprüft werden.

ORGANISM	WATER SOLUBLE MOISTURE	LEAK MOISTURE	LEAK TEMPERATURE
100	0.01	1	
101	0.01	1	
102	0.01	1	
103	0.01	1	
104	0.01	1	
105	0.01	1	
106	0.01	1	
107	0.01	1	
108	0.01	1	
109	0.01	1	
110	0.01	1	
111	0.01	1	
112	0.01	1	
113	0.01	1	
114	0.01	1	
115	0.01	1	
116	0.01	1	
117	0.01	1	
118	0.01	1	
119	0.01	1	
120	0.01	1	
121	0.01	1	
122	0.01	1	
123	0.01	1	
124	0.01	1	
125	0.01	1	
126	0.01	1	
127	0.01	1	
128	0.01	1	
129	0.01	1	
130	0.01	1	
131	0.01	1	
132	0.01	1	
133	0.01	1	
134	0.01	1	
135	0.01	1	
136	0.01	1	
137	0.01	1	
138	0.01	1	
139	0.01	1	
140	0.01	1	
141	0.01	1	
142	0.01	1	
143	0.01	1	
144	0.01	1	
145	0.01	1	
146	0.01	1	
147	0.01	1	
148	0.01	1	
149	0.01	1	
150	0.01	1	
151	0.01	1	
152	0.01	1	
153	0.01	1	
154	0.01	1	
155	0.01	1	
156	0.01	1	
157	0.01	1	
158	0.01	1	
159	0.01	1	
160	0.01	1	
161	0.01	1	
162	0.01	1	
163	0.01	1	
164	0.01	1	
165	0.01	1	
166	0.01	1	
167	0.01	1	
168	0.01	1	
169	0.01	1	
170	0.01	1	
171	0.01	1	
172	0.01	1	
173	0.01	1	
174	0.01	1	
175	0.01	1	
176	0.01	1	
177	0.01	1	
178	0.01	1	
179	0.01	1	
180	0.01	1	
181	0.01	1	
182	0.01	1	
183	0.01	1	
184	0.01	1	
185	0.01	1	
186	0.01	1	
187	0.01	1	
188	0.01	1	
189	0.01	1	
190	0.01	1	
191	0.01	1	
192	0.01	1	
193	0.01	1	
194	0.01	1	
195	0.01	1	
196	0.01	1	
197	0.01	1	
198	0.01	1	
199	0.01	1	
200	0.01	1	





Tributação de Energia Elétrica Criada pela Lei nº 136 de 26/04/02
FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA
Cidade de São Paulo - SP
Ao: Sr. Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - CPF nº 000.000.000-00
Endereço: Rua da Liberdade, 123 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

DADOS DO CLIENTE
CÓDIGO DE ENDEREÇO

ENDEREÇO DA UNIDADE DE CONSUMO
RUA DA LIBERDADE, 123

CPF: 000.000.000-00

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019

TIPO DE CONSUMO
RESIDENCIAL

DATA DE INSCRIÇÃO
03/2019





Tarifa de Abastecimento de Energia Elétrica (TARIFA DE ABASTECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA)
 NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Celpe de Potência
 Av. Juvêncio de Aguiar, 115 - CEP: 08700-002
 (0800) 301.1000 (0800) 301.1000 (0800) 301.1000

DADOS DO CLIENTE
 MARIA DE LOURDES MOURA

ENDEREÇO DO ABASTECIMENTO
 RUA ESTADANTE DE 10000

CNPJ 04.642.044-07
 01/01/2013

ALTO DE ABASTECIMENTO - BOTA D'ÁGUA
 08/08/2019

BT RESPONSÁVEL
 RESPONSÁVEL

1130133025 08/2019

11/08/2019 11/09/2019

11/08/2019 11/09/2019

11/08/2019 11/09/2019

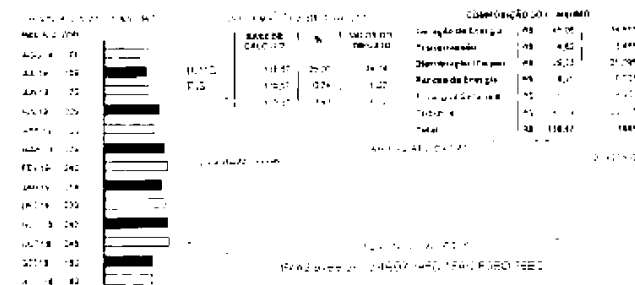
11/08/2019 11/09/2019

163.84

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Q. ENTREGUE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo de Energia	1130133025	0.1447	163.84
Atividade de Abastecimento			1.18
Atividade de Manutenção			1.18
Atividade de Operação			0.12
Atividade de Transporte			1.18
Atividade de Armazenamento			0.12

TOTAL DA FATURA 163.84

DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO
11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84



INFORMAÇÕES ADICIONAIS
 A Companhia Celpe de Potência se reserva o direito de alterar as tarifas de abastecimento de energia elétrica sem aviso prévio. O cliente deve manter a conta em dia para não sofrer com o corte de energia.

Assinatura do Cliente: _____
 Assinatura da Companhia Celpe de Potência: _____

DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO
11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84

DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO
11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84	11/08/2019	163.84





Tarifa de Abastecimento de Energia Elétrica (TARIFA DE ABASTECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA)
 NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Celpe de Potência
 Av. Juvêncio de Aguiar, 115 - CEP: 08700-002
 (0800) 301.1000 (0800) 301.1000 (0800) 301.1000

DADOS DO CLIENTE
 MARIA DE LOURDES OLIVEIRA

ENDEREÇO DO ABASTECIMENTO
 RUA ESTADANTE DE S. JOSE 613

CNPJ 04.642.044-07
 01/11/2017

ALTO DE SANTANA, 1000 - BOTAFOVO
 08700-002

RESPONSÁVEL

1130133025 08/2019

11/09/2019

21/08/2019 11/09/2019

163.84

DESCRIÇÃO	Q. ENTREGUE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo de Energia	1130133025	0.144179	163.84
Atividade de Abastecimento			1.18
Atividade de Manutenção			1.18
Atividade de Operação			0.12
Atividade de Transporte			1.18
Atividade de Armazenamento			0.01

TOTAL DA FATURA

163.84

DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO
01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179

DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO
01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
 Fatura de Energia Elétrica - Tarifa de Abastecimento de Energia Elétrica (TARIFA DE ABASTECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA)
 A fatura de energia elétrica é emitida pela Companhia Celpe de Potência, com base no consumo de energia elétrica registrado no medidor de energia elétrica.
 A fatura de energia elétrica é emitida pela Companhia Celpe de Potência, com base no consumo de energia elétrica registrado no medidor de energia elétrica.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
 Fatura de Energia Elétrica - Tarifa de Abastecimento de Energia Elétrica (TARIFA DE ABASTECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA)
 A fatura de energia elétrica é emitida pela Companhia Celpe de Potência, com base no consumo de energia elétrica registrado no medidor de energia elétrica.
 A fatura de energia elétrica é emitida pela Companhia Celpe de Potência, com base no consumo de energia elétrica registrado no medidor de energia elétrica.

DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO	DATA	PREÇO
01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179	01/11/2017	0.144179





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorealider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1998 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 / SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 / Central Cuidadora: 0800 021 92 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29696>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 2 CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.495.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
EGITON FLAVIO FRAZÃO RUCIA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO RUCIA
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9.9998.1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoredolider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1998 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 / SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 / Central Cuidadora: 0800 021 92 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29696>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 2 CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.495.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
EGITON FLAVIO FRAZÃO RUCIA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO RUCIA
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.461684 / 61 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO TOMÉ DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9.9998.1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIbliotecAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSARCIMENTO. ² CONSELHO DE CONTÁBIL DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 008.495.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROLCHA Inscrito (a) no CPF sob o nº 116.461684 / 61
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROLCHA
inscrito (a) no CPF sob o nº 116.461684 / 61 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>543</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>56.903-220</u>		Tel. (DDD): <u>89-9998.1477</u>
Email:		

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIbliotecAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSARCIMENTO. ² CONSELHO DE CONTÁBIL DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 008.495.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROLHA Inscrito (a) no CPF sob o nº 116.461.684 / 61
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EGITON FLAVIO FRAZÃO ROLHA
inscrito (a) no CPF sob o nº 116.461.684 / 61 conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>543</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTOVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>56.903-220</u>		Tel. (DDD): <u>87-9.9998.1477</u>
Email:		

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 28/08/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 04020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouditoria: 0800 021 91 35

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRELLINO,
RG nº 9099336, data de expedição 22/07/03
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 115.840.039-58,
com domicílio na cidade de BELMONTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOT. AREIA BRANCA, nº 1.215,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA.
Veículo Motocicleta Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014
Placa: 0YV-8075 Chassi: 9C2K61600ER020849
Data do Acidente: 11/04/2019

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andrellino
Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha
Assinatura do Condutor

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

CARTORIO DO 2º OFICIO

Rua Manoel de Carvalho, 32
Tel: (51) 3341-0000, Fone Fax: 33
Edifício 1000 - São José do Belmonte

CARTORIO DO 2º OFICIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul
Telefones: (51) 3341-0000

Reservando-se a autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO
ANDRELLINO E EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. São José do
Belmonte/PE, Dou Fe. Edilviegas Gomes de Matos Pereira,
Tabela: E-01: R\$ 6,78, T-02: R\$ 1,60, F-03: R\$ 2,08,
F-04: R\$ 0,16, F-05: R\$ 0,80, I-06: R\$ 9,40. Total: R\$ 10,82
Data: 09/09/2019, 14:00h, 14/09/2019, 14:00h, 14/09/2019, 14:00h
e-mail: atendimento@tjrs.org.br

05 SET 2019





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 04020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouditoria: 0800 021 91 35

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRE LINO
RG nº 9099336, data de expedição 22/07/03
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 115.840.039-58
com domicílio na cidade de BELMONTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOT. AREIA BRANCA, nº 1.215,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA.
Veículo Motocicleta Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014
Placa: 0YV-8075 Chassi: 9C2K61600ER020849
Data do Acidente: 11/04/2019

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andre Lino
Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha

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

CARTORIO DO 2º OFICIO

Rua Manoel de Carvalho, 32
Tel: (51) 3341-0000, Fone Fax: 33
Edifício 1000 - São José do Belmonte

CARTORIO DO 2º OFICIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Título: Cartório de São José do Belmonte
Telefone: (51) 3341-0000

Reservados por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO
ANDRE LINO E EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. São José do
Belmonte/PE, Dou Fe. Edilviegens Gomes de Matos Pereira,
Tabela: E-01: R\$ 6,78, T-02: R\$ 1,60, F-03: R\$ 2,08,
F-04: R\$ 0,16, F-05: R\$ 0,80, I-06: R\$ 9,40. Total: R\$ 10,82
Seio: 9076394.12/03/2020 11:32:55
e-mail: antonio.yves.cordeiro@seam.com

05 SET 2019





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO
RG nº 9099336, data de expedição 02/05/02
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 115.840.034-58
com domicílio na cidade de BEL MONTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOT. AREIA BRANCA nº 1.215
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014
Placa: 0XV-P075 Chassi: 9CJKE16P0E000849
Data do Acidente: 11/04/2019

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/07/2019

Romario Monteiro Andrelino
Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Rua José de Alencar do Carvalho 32
Tel: (51) 3091-2222, Fax: (51) 3091-2222
Edifício José Carlos da Moura Pereira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Cidade: São José do Belmonte - PE
Telefone: (87) 35541-006

Recebi por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO ANDRELINO E EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. São José do Belmonte/PE. Dia 24. Edvigeia Gomes de Maria Pereira. Tabela: Ecol: R\$ 6,78. TERC: R\$ 1,00. FISC: R\$ 0,04. FANTO: R\$ 0,16. FISC: R\$ 2,00. ISS: R\$ 0,40. To 10,38. São José do Belmonte/PE. 22/07/2019. Edvigeia Gomes de Maria Pereira. Assinatura autenticada por meio de assinatura eletrônica.

22/07/2019





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ROMARIO MONTEIRO ANDRE LINO
RG nº 9099336, data de expedição 02/05/02
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 115.840.034-58
com domicílio na cidade de BEL MONTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOT. AREIA BRANCA nº 1.215
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA, cujo o condutor era
EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA 150 FAN Ano: 2014
Placa: 0XV-P075 Chassi: 9CJKE16P0E000349
Data do Acidente: 11/04/2019

Local e Data: SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE 22/03/2019

Romario Monteiro Andre Lino
Assinatura do Declarante

Egiton Flavio Frazão Rocha
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Rua José de Alencar do Carmo, 32
Tel: (51) 3091-2222, Fone: (51) 3091-2222
Edifício José Carlos de Moraes Pereira

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE
Circular: 0001/2019
Telefone: (47) 35541-006

Recebi por autenticidade a firma de ROMARIO MONTEIRO ANDRE LINO E EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA. São José do Belmonte/PE. Dia 24. Edvigeia Gomes de Maria Pereira. Tabela: Ecol: R\$ 6,78. TERC: R\$ 1,00. FISC: R\$ 0,04. FANTO: R\$ 0,16. FISC: R\$ 2,00. ISS: R\$ 0,40. To: R\$ 0,00. São José do Belmonte/PE, 22/03/2019. Edvigeia Gomes de Maria Pereira. Assinatura autenticada por meio de assinatura eletrônica.

22/03/2019





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG: 9649500
Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____
Taxa: [] TC FR. [] irpm FC: [] opm HGT [] ang'di PA [] X [] manhg Peso: [] kg
Classificação de Risco: VERMELHO [] AMARELO [] VERDE [] AZUL []

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise noturna.

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Terapêutica:

- 1) Estar com FA, ref 11/10
- 2) Tratar FA + polip, 9.1. EU. ref 11/10

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CREMEP: 27055

Marilene Gomes Alves Carvalho

05 SET 2019



Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento de Saúde: Hospital Francisco Assis de Sá Nº: 2511124

CNPJ: 00.000.000/0000-00 Nº: 2511124

Identificação do Paciente

Nome do Paciente: ROGACIO SCS Nº: 16091985

Data de Nascimento: 16/09/1985 Sexo: M

Endereço: Av. ... Nº: ...

Cidade: ... Estado: ...

Profissão: ...

Assinatura: ...

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

EXAME COMPLEMENTAR

72 anos M. ...

...

EXAME COMPLEMENTAR

EXAME COMPLEMENTAR

...

...

PROCEDIMENTO SOLICITADO

...

...

Dr. Ebenete Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
E-mail: 9.9916-0112

CEM - CENSO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

DATA DE AUTORIZAÇÃO: ...

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO: 26.19.07.7743-7

DATA DA INTERNAÇÃO: ...

DATA DA ALTA: ...





HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO F. DA SILVA

CLÍNICA

SÃO FRANCISCO

CIRURGICA

Data do Atendimento: 17/04/2019 Protocolo: 00043770 Registro: 00092372 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data Nascimento: 16-03-1935 Idade: 24 Anos, 1 Mês Sexo: MASCULINO Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR Nacionalidade: Nacionalidade:

Filiação: Pai: FRANCISCO ROCHA Mãe: EDVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA

Endereço: SÍTIO JUREMA Nº:

Bairro: BOM NOME Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Telefone: 081010005

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acidentado Trânsito: [] Acidentado de Trabalho: [] Outros Acidentes: [] Agente: []

Suspeito: [] Causa: [] Defesa: []

Nome do Acompanhante: [] Telefone para Contato: []

Endereço: []

Local da Ocorrência: []

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Queixa Principal: []

Antecedentes Pessoais: []

Antecedentes Familiares: []

Exame Físico: []

Exames Complementares: []

Diagnóstico Inicial: []

Diagnóstico Final: []

SADT: []

Diagnóstico Final: []

Diagnóstico Final: []

Diagnóstico Final: []

Data do Atendimento: [] Data do Atendimento: []

Melhorada [X] Depressão Médica [X] Data do Internamento: 17/04/2019

Inalterado [] Alta a Pedido [] Data da Alta: []

Piorado [] Transferência []

Óbito+48h [] Evasão []

Óbito-48h [] Indisciplina []

Óbito em: [] Hora: [] Médico Responsável: []

GDS - Gerente Operacional - Américo de Sá Lima - 87.3031-3014

05 SET 2019



Cirurgia Plástica

Nº do Procedimento

Data		Indicador	Técnica	
Cirurgião		1º Assessor	2º Assessor	Assistente
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA				

Assinatura do Cirurgião





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG: 9649500
Logradouro: SITIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____
Taxa: [] FC FR. [] irpm FC: [] opm HGT [] ang di PA [] X [] manhg Peso: [] kg
Classificação de Risco: VERMELHO [] AMARELO [] VERDE [] AZUL []

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise noturna.

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Terapêutica:

- 1) Estar com FA, ref 11/10
- 2) Tratar FA + polip, 9.1. EU. ref 11/10

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cipriano Mariano C. Neto
Médico
CREMEP: 27055
Médico

Maria Antonia Alves Carvalho

05 SET 2019



Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento de Saúde: Hospital Francisco Assis de Sá
CNPJ: 25.511.124
Endereço: Hospital Francisco Assis de Sá
CNPJ: 25.511.124

Identificação do Paciente

Nome do Paciente: R. G. G. A. S. C. R.
Data de Nascimento: 16/04/1985
Sexo: M
Data de Internação: 16/04/1985
Município: Recife
UF: PE
Nome do Médico: Dr. Ebenone Silva
CPF: 123.456.789
Assinatura: [Assinatura]

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DOENÇA - CHAMADA EXTERNA

72 anos M. Oligo
Lumbago

DIAGNÓSTICO DE DOENÇA - CHAMADA EXTERNA

h

DOENÇA - CHAMADA EXTERNA: O. P. E. N. T. M. C. M. - ①
Data de Internação: 16/04/1985

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado: T. L. C. R. M. C. M. - ①
Data de Internação: 16/04/1985

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
FONE: 9.9916-0112
CEM

12/04/19

05 SET 2019

RELAÇÃO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

DATA DE AUTORIZAÇÃO: 26/04/1985

NOTA DE CANCELAMENTO: 26/04/1985

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/04/1985

DATA DE ALTA: 16/04/1985





HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO F. DA SILVA

CLÍNICA

SÃO FRANCISCO

CIRURGICA

Data do Atendimento: 17/04/2019 Protocolo: 00043770 Registro: 00092372 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA

Data Nascimento: 16-03/1935 Idade: 24 Anos, 1 Mês Sexo: MASCULINO Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR Nacionalidade: Nacionalidade:

Filiação: Pai: FRANCISCO ROCHA Mãe: EDVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA

Endereço: SÍTIO JUREMA Nº:

Bairro: BOM NOME Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Telefone: 081010005

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Acusação: Trânsito: [] Atividade de Trabalho: [] Outros Acidentes: [] Agente: []

Suspeito: [] Causa: [] Outros: []

Nome do Acompanhante: [] Telefone para Contato: []

Endereço: []

Local da Ocorrência: []

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Queixa Principal: []

Antecedentes Pessoais: []

Diagnóstico Inicial: []

SADT: []

Diagnóstico Final: []

Data do Atendimento: [] Data do Atendimento: []

Melhorada [X] Depressão Médica [X]

Inalterado [] Alta a Pedido []

Piorado [] Transferência []

Óbito+48h [] Evasão []

Óbito-48h [] Indisciplina []

Óbito em: [] Hora: [] Médico Responsável: []

GDS - Gerente Operacional - Américo de Sá Lima - 87.3031-3014

05 SET 2019



Cirurgia Realizada

Nº do Procedimento

Data		Indice	Técnica	
Cirurgião		1ª Avaliação	2ª Avaliação	Assinatura
<u>DESCRIÇÃO CIRÚRGICA</u>				

Assinatura do Cirurgião





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00041374 Data: 11/04/2019 Hora: 11:26
Nome: EGITON FLAVIO FRAZAO ROCHA Sexo: MASCULINO
Idade: 24 Anos, 2 Meses Data Nascimento: 16/03/1995 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Mãe: EDIVANIA FRAZAO BEZERRA ROCHA Pai: FRANCISCO ROCHA
Cartão SUS: 708408776551462 RG: 9649500
Logradouro: SÍTIO AROEIRA Nº Bairro: ZONA RURAL
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: 2 Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: _____
Tav: [] °C FR: [] irpm FC: [] bpm HGT: [] mg/dl PA: [] X [] mmHg Peso: [] kg
Classificação de Risco: VERMELHO [] AMARELO [] VERDE [] AZUL []

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

Análise no tórax.

Hipótese Diagnóstica:

Traqueíte aguda.

Conduta Terapêutica:

- ① Itarapina 1FA, 500mg 11/10
- ② Traqueíte 1FA + 100mg SF0, 9% EU. 11/10

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Cleiriano Mariano C. Neto

Médico
CREMEP 27884

Médico

Maria do Socorro Alves Carvalho

20 de 2019



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Hospital Francisco Assis de Sá

Hospital Francisco Assis de Sá

25/07/2019

25/07/2019

Identificação do Paciente

R. 6969 95100

4084688765114162

Edson Luiz de Faria Neto 16/04/1983

Guilherme Sérgio de Faria Neto

São Paulo

São Paulo

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Trauma M. Omb. @
Lombagoes

@ Fentim M. Cham. @

542.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tr. Omb. @

06/08/2019

Dr. Ebenete Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0112

12/04/19

SEMPRE EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

26.190747743-1

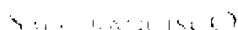
DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO





CIRURGICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: EGITON FLAVIO BRAZAO ROCHA

Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Profissão	AGRICULTOR	Nat. do(a) do(a)	Não declarada
--------------	-------------	-----------	------------	------------------	---------------

Endereço: SITIO JUREMA N.º

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

Atividade de Tênis [0]	Atividade de Trabalho [0]	Outras Atividades [0]	Agenda [0]
--------------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------

Scenario [1]	Control [1]	Codes [1]
----------------	---------------	-------------


 Система Академического


 Министерство


 Наука


 Высшее


 Образование

$$\frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx = \frac{1}{\sqrt{\pi}}$$

Local da O. 254

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Diagnosis and treatment

$$\overline{\text{S A D T}}$$

Disque-mère, 0, 2 et 4 ans

Page 40 of 40

Melhorada [L]	Decisão Médica [K]
---------------	--------------------

Ina terado	Ala a Pedido
------------	--------------

Piorado [] Transferência []

Óbito+48h []	Evasão []
---------------	------------

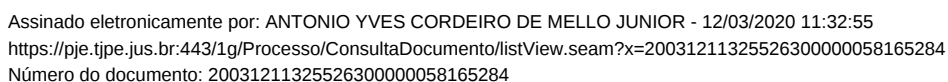
Obito-46h []	Indisciplina []
---------------	------------------

Data do Internamento 17/04/2019

Data da Aita: 11/11/2011

Opilo em _____ Hora _____ Médico Responsável _____

GDS - G. y sus Derivados de S. 1993 - 87-93 31-30 14



Cirurgia Realizada

Nº do Expediente

Data

Tempo

Técnica

Cirurgião

1ª Assessor

2ª Assessor

Atendimento

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Assinatura do Cirurgião





Dra. Andreia Diniz
ANESTESIOLOGA
CLÍNICA AMBULATORIAL - HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Dr. Carlos Kennedy
NEFROLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Dr. Ebenone A. Silva
NEFROLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO
CLÍNICA AMBULATORIAL - HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Dra. Martha Arruda
GINECOLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO
GINECOLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Dr. Adailson Feitosa
NEFROLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO
NEFROLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Dra. Ana Carolina Sampaio
NEFROLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO
NEFROLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Dr. Antônio Melo
CLÍNICA AMBULATORIAL - HOSPITAL SÃO FRANCISCO
CLÍNICA AMBULATORIAL - HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Dr. Jailson José
NEFROLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO

Dra. Danniely Duarte
NEFROLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO
NEFROLOGIA - HOSPITAL SÃO FRANCISCO

EGITON FLAVIO FRAZÃO

Paciente, 24 anos, vítima de acidente com motocicleta em 11/04/2019, no município de São José do Belmonte-PE. Após exame de imagem foi constatada fratura de clavícula direita. Realizou cirurgia para osteosíntese no Hospital São Francisco dia 17/04/2019.

Hoje, o paciente em questão, passando pela avaliação clínica de sequelas realizada por mim, através da anamnese clínica e exame físico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob a manobra, apresenta como sequela: dores em região da clavícula direita, com força diminuída em MSD, limitação da movimentação articular do ombro direito, como limitação na abdução completa do braço direito e limitação da rotação externa do MSD.

No momento, apresentando déficit funcional de 50% e déficit laboral em 50% em suas atividades agricultor.

SERRA TALHADA, 24 DE SETEMBRO 2019.

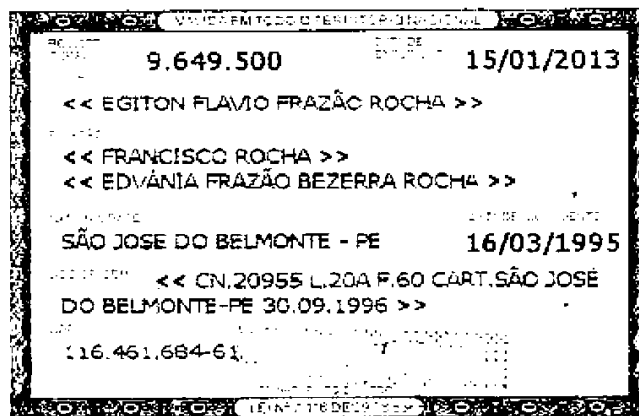
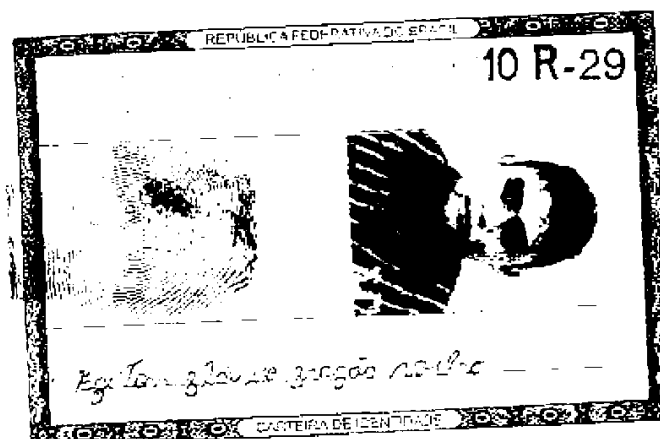
Dra. Izabela Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 21.111

MÉDICA

25 SET 2019

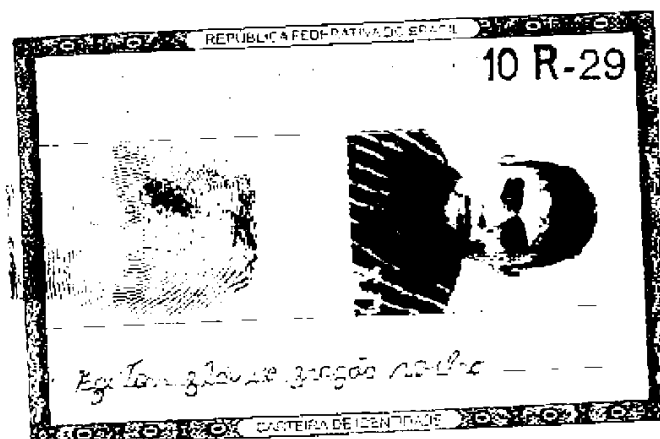
Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_3@hotmail.com





05 SET 2019





VIA DE EMITIDO DO IDENTIFICACIONAL	
9.649.500	15/01/2013
<< EGITON FLAVIO FRAZÃO ROCHA >>	
<< FRANCISCO ROCHA >>	
<< EDVÂNIA FRAZÃO BEZERRA ROCHA >>	
SÃO JOSE DO BELMONTE - PE	16/03/1995
<< CN.20955 L.20A F.60 CART.SÃO JOSE DO BELMONTE-PE 30.09.1996 >>	
116.461.684-61	
F-52 79.240 - 434	

05 SET 2019



