


ARIANNY MELO
ADVOGADA

PROCURAÇÃO / CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE: José Francisco dos Santos		
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Advogado
RG: 10.176.053	CPF: 658.840.944-34	
ENDEREÇO: Rua Belta do Riacho 11-C		
BAIRRO: Bom Nome Rural	CIDADE: Bom Nome - PE	U.F.:
TELEFONE: 9125-4050	E-MAIL:	

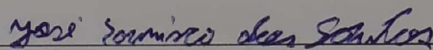
OUTORGADA: ARIANNY INÁCIO DE OLIVEIRA MELO, brasileira, casada, advogada militante, inscrita na OAB/PE nº 46.087 e CPF nº 051.062.954-75, com Escritório profissional localizado à Rua Irnério Inácio, nº 51, Nossa Senhora da Penha, Serra Talhada - PE, CEP 56.903-450, onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC).

PODERES: O(A) outorgante nomeia e constitui como sua Procuradora a Outorgada, conforme estabelecido no art. 38 do NCPC, conferindo amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad iudicia et extra" para, em qualquer juízo, instância ou tribunal, e repartições públicas em geral, defender os seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os. Confere, ainda, **poderes especiais** para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, inclusive alvará, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, podendo a Outorgada praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais, Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como instituições bancárias, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente de representação e defesa do(a) Outorgante, necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo inclusive substabelecer com ou sem reserva de iguais poderes.

DECLARAÇÃO: O(a)(s) outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como sua advogada a outorgada acima nomeada, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei nº 1.060 de 1950.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à **base de 30% (trinta por cento)** dos valores econômicos auferidos, em caso de êxito. O(A) contratante autoriza, desde já, a **retenção dos referidos honorários**.

Serra Talhada, 23 de Setembro de 2019.



OUTORGANTE

Scanned by CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.176.053 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/05/2015

NOME << JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << >>
<< MARIA ANTONIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE SERRA TALHADA - PE DATA DE NASCIMENTO 26/12/1955

DCC. ORIGEM << CC. 77 L.18 F.49 CART. SÃO JOSÉ DO BELMONTE-PE 22.11.1979 >>

CPF 658.840.944-34

ASSINATURA DO DIRETOR

FEI Nº 7.116 DE 29/08/83

10 R-29

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTERA DE IDENTIDADE

JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Carteira de Pessoas Físicas

Número do Registro

658.840.944-34

Nome

JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Data de Nascimento

26/12/1955

Scanned by CamScanner



Empregador
Rua N.º
Município Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo C.B.O. n.º
Data admissão de de 19
Registro n.º Fls/Ficha
Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a r.ºgo c/ test.

1.º
2.º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a r.ºgo c/ test.

1.º
2.º

Empregador
Rua N.º
Município Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo C.B.O. n.º
Data admissão de de 19
Registro n.º Fls/Ficha
Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a r.ºgo c/ test.

1.º
2.º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a r.ºgo c/ test.

1.º
2.º



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Djair Pereira Cavalcante,
RG nº 7220623, data de expedição 21/11/02,
Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 060.751.914-05, com
domicílio na cidade de Mauá, no Estado de
São Paulo, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Justino Alves da Cruz, nº 67,
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 José Francisco dos Santos, cujo o condutor era
José Francisco dos Santos.
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CG 125 Titan
Ano: 1997
Placa: KIF 9244
Chassi: 9CZJC250VWR095292
Data do Acidente: 10/11/2017
Local e Data: Mauá, São Paulo 19/01/2018

Djair Pereira Cavalcante
Assinatura do Declarante

Tabelião de Notas
de Mauá, SP

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

10 TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE MAUÁ LUCILA CIA MATOSINHO
R. Luis Mariani, n° 46 - Mauá - SP - CEP: 09390-050 - Fone: (11) 4541-8786

Requisito, por semelhança, sem valor econômico, a firma intra
de: (1) DJAIR PEREIRA CAVALCANTE. Nada mais. Dou fé.
Mauá, 19 de janeiro de 2018.
Em teste da verdade. Cód [1977325913072600440491]

CILENE DOS SANTOS CALHEIROS ESCRIVENTE
QTID: 1 Total: R\$ 6,02


VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE SEM

Colégio Notarial
do Brasil
Estado de São Paulo
111369
FIRMA
0570AA042654Z



Scanned by CamScanner



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																																			
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 CELPE www.celpe.com.br			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																														
DADOS DO CLIENTE JOSE FRANCISCO DOS SANTOS CPF: 658.840.944-34		DATA DE VENCIMENTO 25/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/10/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/10/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 081668442		CONTA CONTRATO 007025120307 Nº DO CLIENTE 2002348579 Nº DA INSTALAÇÃO 0006409772																																																													
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI VOLTA DO RIACHO 11 --C BOM NOME - REGIAO RURAL/BOM NOME 56950-000 SAO JOSE DO BELMONTE PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico																																																																	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		RESERVADO AO FISCO F531.3962.25A7.D60D.83A4.8BF8.C449.01D7																																																																	
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																			
DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> <tr> <th>Consumo Ativo(kWh)</th> <th></th> <th></th> <th>kWh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0,54933000</td><td></td><td>OUT 19</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>SET 19</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>AGO 19</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>JUL 19</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>JUN 19</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>MAI 19</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>ABR 19</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>MAR 19</td><td>43</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>FEV 19</td><td>34</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>JAN 19</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>DEZ 18</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>NOV 18</td><td>30</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>OUT 18</td><td>30</td></tr> </tbody> </table>			Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(kWh)			kWh	0,54933000		OUT 19	30			SET 19	30			AGO 19	30			JUL 19	30			JUN 19	30			MAI 19	30			ABR 19	30			MAR 19	43			FEV 19	34			JAN 19	30			DEZ 18	30			NOV 18	30			OUT 18	30
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																	
Consumo Ativo(kWh)			kWh																																																																
0,54933000		OUT 19	30																																																																
		SET 19	30																																																																
		AGO 19	30																																																																
		JUL 19	30																																																																
		JUN 19	30																																																																
		MAI 19	30																																																																
		ABR 19	30																																																																
		MAR 19	43																																																																
		FEV 19	34																																																																
		JAN 19	30																																																																
		DEZ 18	30																																																																
		NOV 18	30																																																																
		OUT 18	30																																																																
Consumo Ativo(kWh)		30,00	0,59220569	17,76																																																															
Acréscimo Bandeira AMARELA				0,28																																																															
Acréscimo Bandeira VERMELHA				0,53																																																															
Contrib. Ilum. Pública Municipal				1,35																																																															
TOTAL DA FATURA				19,92																																																															
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																			
ICMS		PIS		COFINS																																																															
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%																																																												
0,00		0,00	18,57	1,29	0,23	18,57	5,95																																																												
						1,10																																																													
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																			
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																																												
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																																																														
00000000319096939	CAT	14/10/2019	0,00	18/10/2019	0,00	4	1,00000																																																												
000000003161639825	CAT	17/09/2019	250,00	14/10/2019	253,00	27	1,00000																																																												
							0,00																																																												
							3,00																																																												
[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/11/2019]																																																																			
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																																			
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL																																																														
		ago/2019																																																																	
DIC-No.de horas sem Energia		0,73	11,94	23,89	47,79																																																														
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,74	15,49	30,98																																																														
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,73	6,59	0,00	0,00																																																														
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 16,60																																																																	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,95																																																																			
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.																																																																			
INFORMAÇÕES IMPORTANTES																																																																			
Pague no ponto mais perto de você! posto de medicamentos vieira I: rua capitao rufino barbosa leal 13 bom nome / posto ferraz: r capitao rufino barbosa leal 13 bom nomeLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.																																																																			
NÍVEIS DE TENSÃO																																																																			
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																	
		MÍNIMO		MÁXIMO																																																															
220		202		231																																																															
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																			

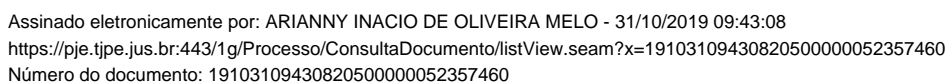
DESTAQUE AQUI

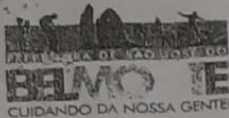
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007025120307	10/2019	0,00	25/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00036086 Data: 10/11/2017 Hora: 14:00
Nome: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
Idade: 61 Anos, 10 Meses Data Nascimento: 26/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)
Mãe: MARIA ANTONIA DOS SANTOS Pai:
Cartão SUS: 700200923471920 RG: RG
Logradouro: RUA JOSE PEDRO LEAL Nº 27 Bairro: BOM NOME
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO
Tipo do Atendimento: CONSULTA Alergias: NÃO [] SIM [] QUAL: []
Tax.: [] °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:

Colisão de moto com carro
com fratura no pé (2)
fratura do pé (2)
conhecido/Ministério

Hipótese Diagnóstica:

Fratura do pé (2)

Conduta Terapêutica:

- 1) Curativo com antisséptico
- 2) Curativo de EV 14/10
- 3) 500mg 100ml, EV + Torval 0,5g 14/10
- 4) Tetanus pro 0,37 + SFO, 2% 100ml 14/10
- 5) Vacina anti-tetânica 14/10

100ml NO LRU F. G. P. A. GENIPA: 5295854

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

Maria Irandi Gonçalves Ribeiro
ENFERMEIRA
CORENPE 812752

Médico

Enfermeiro

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente e/ou Responsável

Scanned by CamScanner

9486
91862068
22/05/01

30/11/17; As 14hs, deu entrada neste
serviço, José Francisco dos Santos, 60 anos,
vítima de acidente colisão moto/carro, EG
consciente, orientado, eupórico, normotenso, com
escoriações eus no corpo, e trauma grave
em pé direito (fratura exposta e provavelmente
lesão de tendões em região dorsal) realizan-
do limpeza + curativo compressivo na lesão
do pé direito, e imobilização do membro com
algodão e tala de papulão. O mesmo foi
transferido para Serra Talhada, Síneca nº
5295854 (HOSPARY) acompanhado pela fe-
meira de enfermagem Edilene. Instalado AUP
em MSE, Jefe nº-18 + SF 0,9%. Med. conforme
prescrição médica, administrado vacina antitetânica
nº 0000. As 17hs, nos foi informado que o
paciente foi avaliado em Serra Talhada
e direcionado ao hospital em Caruaru.

motonista Honorildo
fne. sof. Edilene.

Manoel Francisco Ribeiro
ENFERMEIRA
COREN-CE 612752



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Francisco da Silva

Prontuário: 309027

Data: 10/11/2017 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta com
perda óssea de mu. H. por
fraturas dos metatarsos

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

No ambulatório de
ortopedia (o mais próximo
possível da residência) com 21 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

limpeza e irrigar a ferida
Fixação passível para
garantir algum alinhamento
pe

Alta Hospitalar: Data: 15/12/17 Hora: _____

[Assinatura]
Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Scanned by CamScanner



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado

Dr. Sérgio portador da Carteira Profissional nº 120.123.456
série 120.123.456, necessita de 30 (trinta)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença. Fratura de Metatarsiano

17/12
Hospital ou Ambulatório

Cam 15/12/17
Localidade e Data

[Assinatura]
ASS. do Médico - CRM Nº 12345

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de
afastamento do trabalho.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: Dr. José Francisco de Sá

CRM Nº 11014

UF: PE

Endereço Completo: HRA

Telefone: 37299400

Cidade: Caruaru

UF: PE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: 100 500 — 2p p>
OK de
12/12/17 por
21/12/17

UF: PE

Data: 13/12/17

Carimbo e Assinatura do Médico p>

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End. Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____

End. Completo: _____

Telefone: _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTADO que o Segurado João Francisco
Dr. Sérgio portador da Carteira Profissional nº 120.123.456
série 120.123.456, necessita de 30 (trinta)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença: Fratura de Metatarso

HMA
Hospital ou Ambulatório

Cam 15/12/17
Localidade e Data

[Assinatura]
Ass. do Médico - CRM N°

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de
afastamento do trabalho.



10/05/2019

Boletim de Ocorrência



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000346

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/05/2019 às 09:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 10/11/2017 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: **BR 232, EM FRENTE AO MATADOURO PÚBLICO DE BOM NOME - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE, 1 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
NILSON MARTINS DA CRUZ (OUTRO)
JOSE FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **NILSON MARTINS DA CRUZ**

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

JOSE FRANCISCO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ANTONIA DOS SANTOS
Data de Nascimento: **26/12/1955** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10176053/SDS/PE**
(RG) Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Residencial: **TRAVESSA JOSE PEDRO LEAL, N° 26, BOM NOME, RUA DA IGREJA CATOLICA - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NILSON MARTINS DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA SOLIDADE MARTINS DA CRUZ
Pai: **JOÃO BATISTA LINO DA CRUZ** Data de Nascimento: **20/11/1978** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **207011/MEX/PE (RG), 03160601439 (CPF), 05380067970 (CNH)** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones
Celulares: **- 8791254553**

Residencial: **RUA ANTONIO BEZERRA, N° 54, BOM NOME, AOL ADO DA IGREJA - SÃO JOSÉ DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **NILSON MARTINS DA CRUZ**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PEL9945 (PERNAMBUCO/SÃO JOSÉ DO BELMONTE)** Renavam: **326739467** Chassi: **9C2KD0550BR011430**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

1/2



Novo Documento 2019-09-25 1: x Novo Documento 2019-09-25 1: x Seguradora Líder-DPVAT Acomp: x

seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190373799 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE FRANCISCO DOS SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PROTEGE PLUS CORRETORA DE SEGUROS EIRELI
BENEFICIÁRIO JOSE FRANCISCO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 65884094434

Posição em 25-09-2019 14:33:43
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/07/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

DOCUMENTOS PE...pdf Novo Documento...pdf BOLETIM.pdf Novo Documento...pdf LAUDO.pdf Exibir todos

14:34 25/09/2019

