



Número: **0020330-83.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

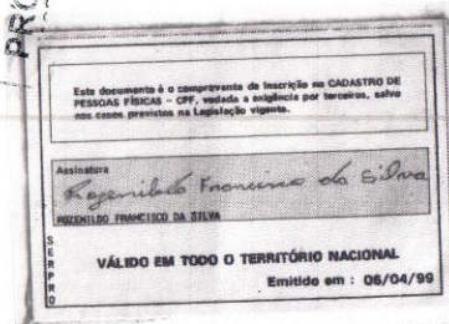
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64289 442	07/07/2020 14:33	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:33:17
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007071433171760000063099141>
Número do documento: 2007071433171760000063099141

Num. 64289442 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

038.572.324-55 Roserilda Francisca da Silva

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

5 - Nome completo: Roserilda Francisca da Silva 6 - CPF: 038.572.324-55
 7 - Profissão: Reason - se 8 - Endereço: Rua Joaquim Nabuco 9 - Número: 30 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camocim de São Félix 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9 9258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2192

CONTA: 72101

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeira): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: *COMPROMISSO*
 CPF: *000.000.000-00*

Assinatura da testemunha: *2019-01-2020*

39 - 2º | Nome: *PROTOCOLO*
 CPF: *000.000.000-00*

Assinatura da testemunha: *2019-01-2020*

40 - Local e Data:

Pancam de São Félix 24/01/2020

Roserilda Francisca da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:33:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714331717600000063099141>
Número do documento: 20070714331717600000063099141

Num. 64289442 - Pág. 3

Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Centarne Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Bua Vista, Recife - PE - CEP 51020-000
CNPJ 10.825.932/0001-08 | Inscrição Estadual: 0005843-43 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

AV. PERNAMBUCANO, 111 - BUA VISTA
CEP 51020-000

CPF: 010.064.621/25 - 27.2017.0000

CLASSIFICAÇÃO
R1 RESIDENCIAL
BAIRRO/ENDereço: BUA VISTA
MORADIA

INFORMAÇÕES

INFORMAÇÕES	DATA	VALOR
16/12/2019	2021-01-15	620000
16/12/2019	2021-01-15	620000

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSÉ GOMES, 100 - BUA VISTA

CONTROLE DE CONSUMO DE SÃO FELIX
CABO FORTALEZA - PE
56365-000

DETALHES DA FATURA

DETALHES DA FATURA	VALOR
12/2019	107,15

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo Até 20 kWh	30.080.000	0,00000000	7,50
Consumo Ativo entre 20 e 100 kWh	19.160.000	0,00000000	30,32
Consumo Ativo Superior a 100 de 220 kWh	13.000.000	0,00000000	49,92
Ajuste Multímetro AMARELA			1,10
Ajuste Multímetro VERDE/VERMELHO			2,22
Correção Multímetro			0,47
ICMS (10,00%) - BUA VISTA			0,58
Multa por atraso (R\$ 005122410 - 16/11/19)			1,40
ICMS (10,00%) - BUA VISTA			0,51
Correção Multímetro			0,44
Alíquota IPI (R\$ 005123415 - 26/11/19)			0,12
PROJETARIO: A (00113412-0000-0000) LAF SABR			0,00

TOTAL DA FATURA 107,15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LITURA	DATA	ATUAL	LITURA	INÍCIO	CONSTANTE	AJUITE	CONSUMO (kWh)
16/12/2019	ICMS	16/12/2019	420.000	16/12/2019	384.200	420.000	384.200	16/12/2019	0,00000000	16/12/2019	35.800

HISTÓRICO DE MULTAS

PERÍODO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	PIB	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	COFINS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	IR	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	II	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19	ICMS	10,00	3,50
02/11/19 - 16/12/19			



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
 DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179003158**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2019** às **14:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/11/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, SÍTIO SANTA LUZIA - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA / SÍTIO SANTA LUZIA, PRÓXIMO A SEMENTEIRA/ESTUFA DE SILVANO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

, (AUTOR / AGENTE)
 JACILDO JOSÉ DOS SANTOS (OUTRO)
 JOSÉ LUCIANO DOS SANTOS (TESTEMUNHA)
 JOSÉ SEBASTIÃO DE SANTANA NETO (TESTEMUNHA)
 ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA

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

ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: SEVERINA FRANCISCA DA SILVA
 Pai: MANOEL FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 22/7/1981 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6252492/SSP/PE (RG), 03857232455 (CPF), 05217299497 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 81996775707

Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 1 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

JACILDO JOSÉ DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

, (não presente ao plantão) - Sexo: DesconhecidoMãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/10/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ LUCIANO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/10/1930 Naturalidade: CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 36 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

JOSÉ SEBASTIÃO DE SANTANA NETO (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: , Pai: , Data de Nascimento: 10/10/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

20/12/2019 14:33



Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 56 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/NXR160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JACILDO JOSÉ DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE) Unitário: (REAL)

Placa: PCQ2877 (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Renavam: 105440888 Chassi: 9C2KD0800FR031454

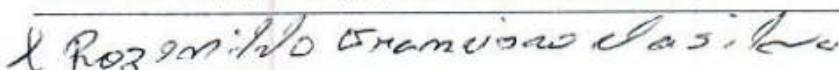
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: PAS/MOTOCICLETA/HONDA NXR160 ALCO/GASOL DE COR VERMELHA, A REFERIDA MOTO AINDA SE ENCONTRA EM NOME DO SR. JACILDO

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE ESTAVA VINDO DO Povoado de SANTA LUZIA, ZONA RURAL DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX-PE, DE UMA VIAGEM, QUANDO SE DEPAROU COM UMA OUTRA MOTO DE CARACTERÍSTICAS NÃO SABIDAS, EM ALTA VELOCIDADE, CONDUZIDA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, NÃO TENDO SIDO POSSÍVEL EVITAR A COLISÃO FRONTAL, RESULTANDO AS MOTOS DANIFICADAS E O SR. ROSENILDO FRANCISCO SOFRIDO VARIAS LESÕES, QUANDO POPULARES O CONDUZIRAM PARA A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DA CIDADE DE CAMOCIM DE SÃO FELIX E, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, DE IMEDIATO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU-PE, ONDE FICOU INTERNADO E PASSOU POR CIRURGIA.

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



ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARTA CABRAL XAVIER - Matrícula: 3854019



20/12/2019 14:33



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:33:17
<https://pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007071433171760000063099141>
Número do documento: 2007071433171760000063099141

Num. 64289442 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *Rosenilda Francisco da Silva*

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

5 - Nome completo: *Rosenilda Francisco da Silva* 6 - CPF: *038.572.324-55*
 7 - Profissão: *Reason-pe* 8 - Endereço: *Rua Joaquim Nabuco* 9 - Número: *30* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Centro* 12 - Cidade: *Camocim de São Félix* 13 - Estado: *PE* 14 - CEP: *55665-000*
 15 - E-mail: *(81) 9 9258-3087* 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: <i>2192</i> CONTA: <i>72 101 0</i> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small>
--	---

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:	25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim nascituro (menor de 18) <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim país/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não	

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

34

Inscrição
devidamente
feita no
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Pancam de São Félix 24/01/2020

Rosnilda Francisco da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF: *038.572.324-55*

Assinatura da testemunha: *2020*

39 - 2º | Nome:

CPF: *PROTOCOLO*

Assinatura da testemunha: *2020*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200126921 **Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA**

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

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

Recebedor: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000072101-0

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, retorno 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



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, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200126921 **Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA**

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

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01841/01842 - carta_01 - INVALIDEZ



00010921

Carta nº 15648031



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:33:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714331717600000063099141>
Número do documento: 20070714331717600000063099141

Num. 64289442 - Pág. 10

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: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000072101-0

Nr. da Autenticação 99F1A956DFBA3620



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:33:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714331717600000063099141>
Número do documento: 20070714331717600000063099141

Num. 64289442 - Pág. 11

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100220/20

Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 038.572.324-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA : 038.572.324-55

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: 20/03/2020
Nome: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA
CPF: 038.572.324-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200126921 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE LE FORT I.
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILAR DIREITO.
FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00





SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N°: 201.459
DATA 11/03/19
HORÁRIO: 11 H 45 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Rosendo Francisco da Silva
Genitora: Silvana Francisco da Silva
Data nasc: 22/07/31 Idade: 38 Sexo: MASC. FEM. Cor: _____
Endereço: 7 Rua Herculina nº: _____
Bairro: _____ Ponto de referência: _____
Profissão: Agricultor
Nome do acompanhante: _____ () Filho () Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO AGRESSÃO OUTROS
 ACIDENTE DE TRABALHO SUÍCIO

PACIENTE CHEGOU: ANDANDO AMBULÂNCIA AUTOMÓVEL OUTROS

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

QUEIXA PRINCIPAL:

Pt. grande na orelha, com sangramento nasal
até os braços e orelha - malhar.

EXAME FÍSICO:

aus. los. tontos

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Eruvada / Tumor de Face

CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

São Félix
Data: 27/03/19
Compr. dispensação: 4
Ass.: 4

SE 0,5 ml 180 ml IV
aloprostano 1 gr + SE 100 ml IV
transfusão 2 ml + 2F 100 ml SV



PROTOCOLO

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

DESTINO DO PACIENTE:

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

DENTO: H MIN
 TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
 INTERNAMENTO HRA DNO

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____

HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

CCD: 147





DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Rozenildo Francisco da Silva*

*Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 11/11/2019 a
19/11/2019*

Registro: 348751

Diagnóstico: Fratura de Le fort 1 Esquerda + CZM Direito + OPN.

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S02.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 09 de Dezembro de 2019

109.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

Rua José Rodrigues de Jesus, Km 130

Indianópolis - CEP: 56000-000

setor de arquivo (SAME)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Gezenildo Francisco da Silva

Prontuário: 348751

Data: 11 / 11 / 19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

fratura Le Fort I (+ C7u) + ORN

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório do Dr. Geraldo Guedes no dia 25/11/19 às 7:00. OBS: Levar todos os exames e medicos com antecedência.

06:30

TRATAMENTO REALIZADO:

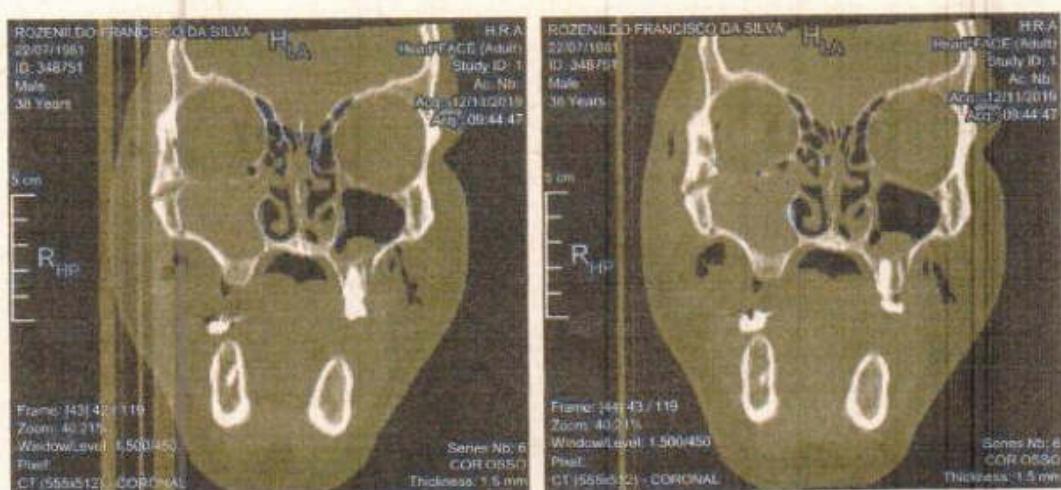
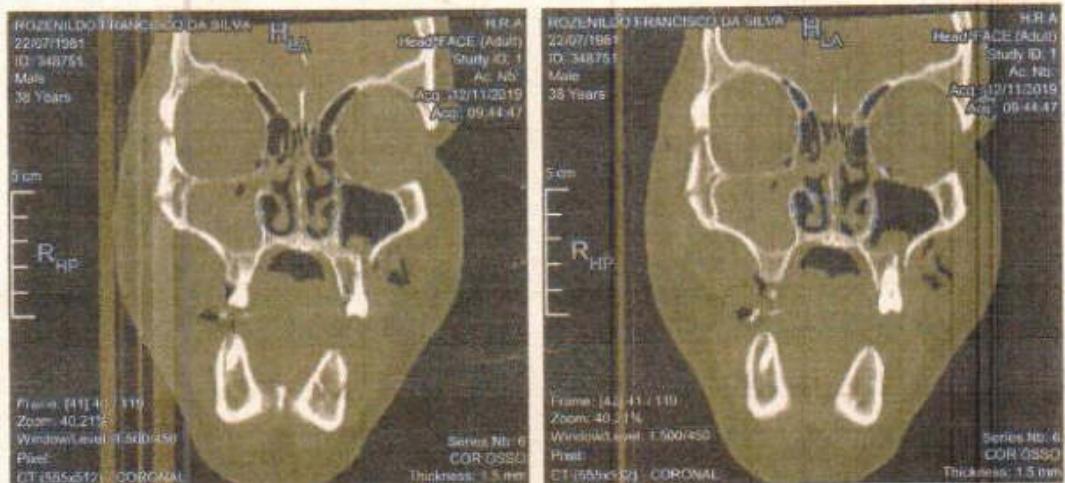
Retirada de fratura complexa orbita - zigomático - maxilar

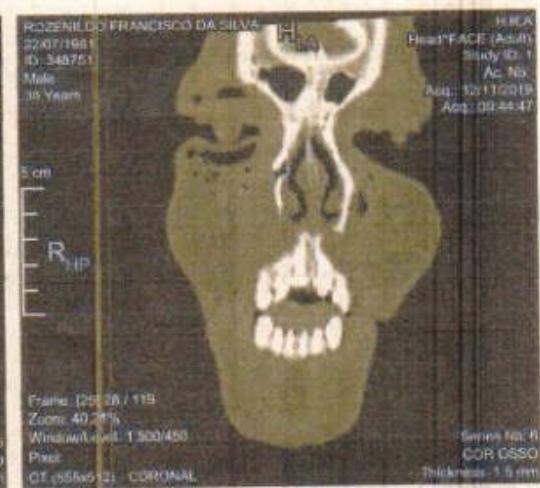
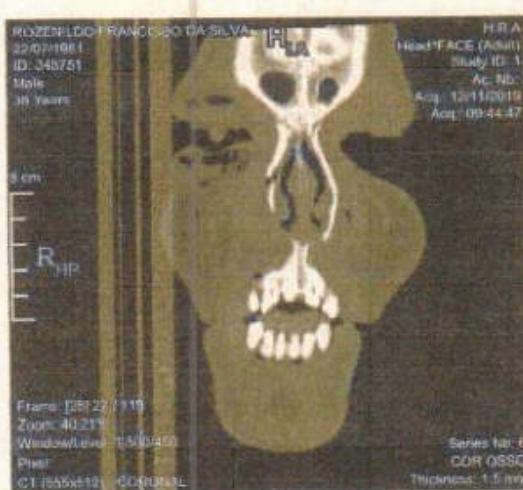
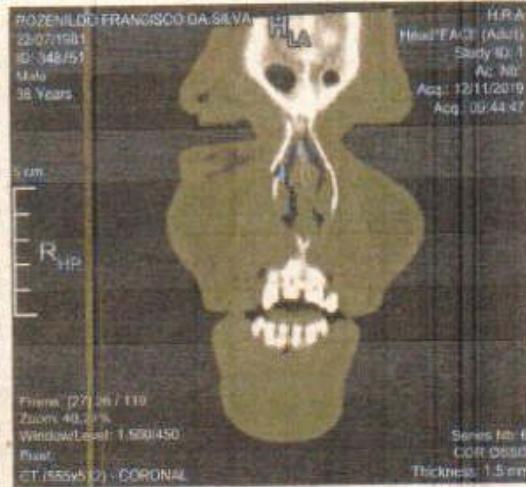
Alta Hospitalar: Data: 19 / 11 / 19 Hora: 09:00

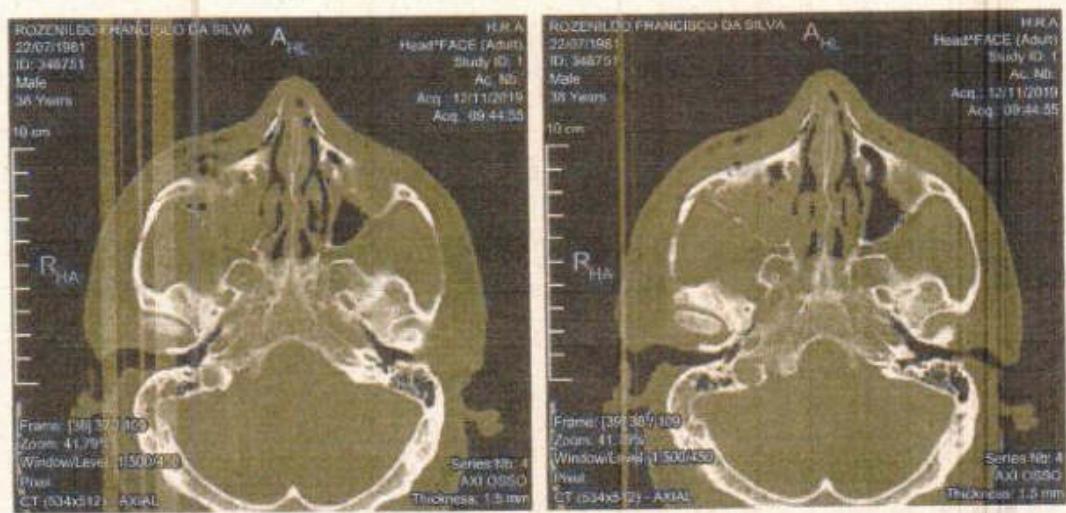
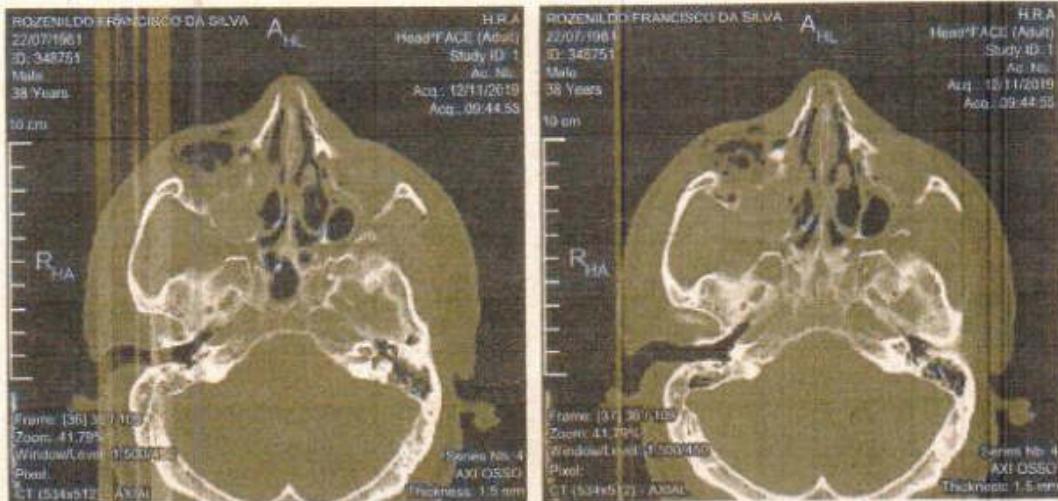
Ass. do Médico e CRM
Carimbo



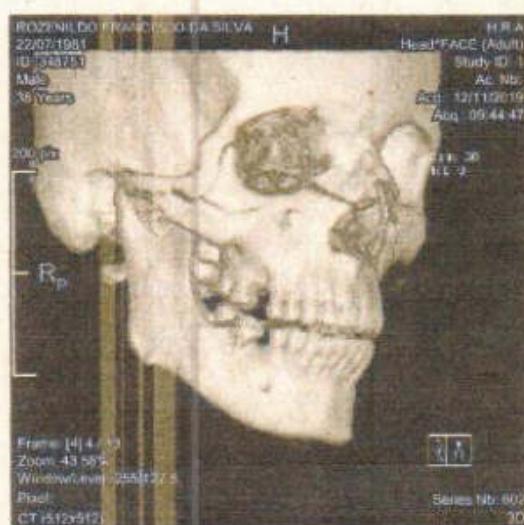
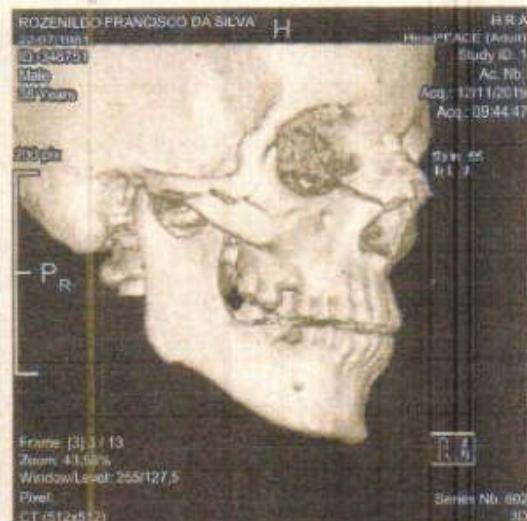
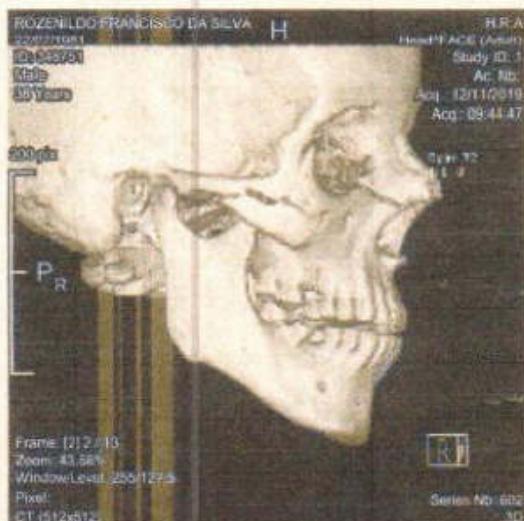


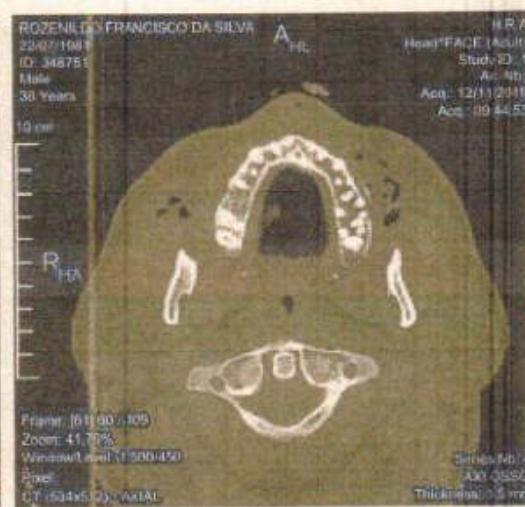
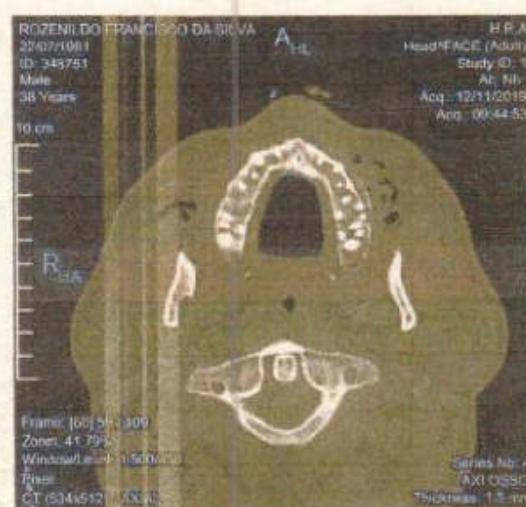
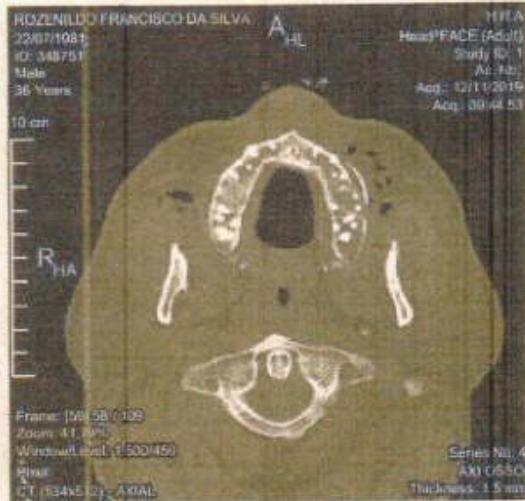


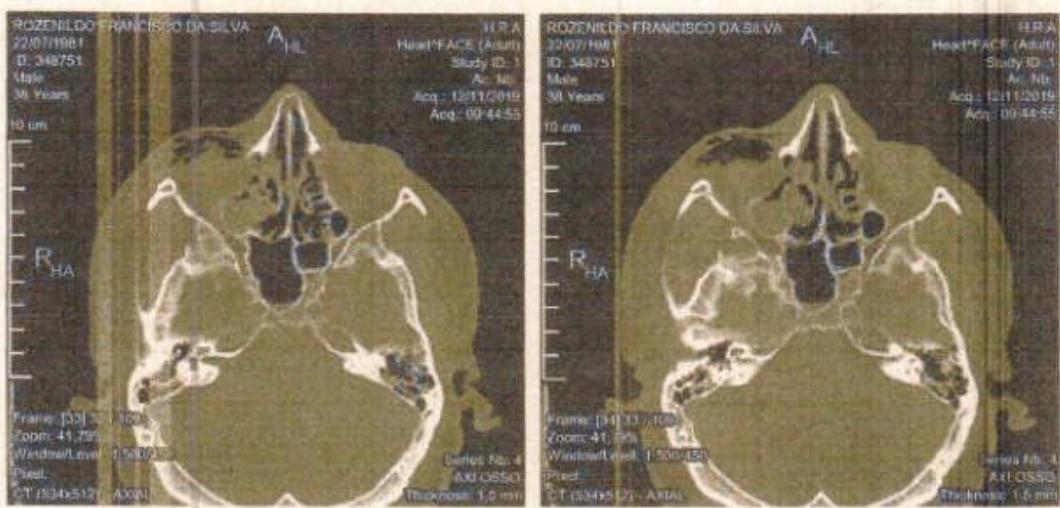
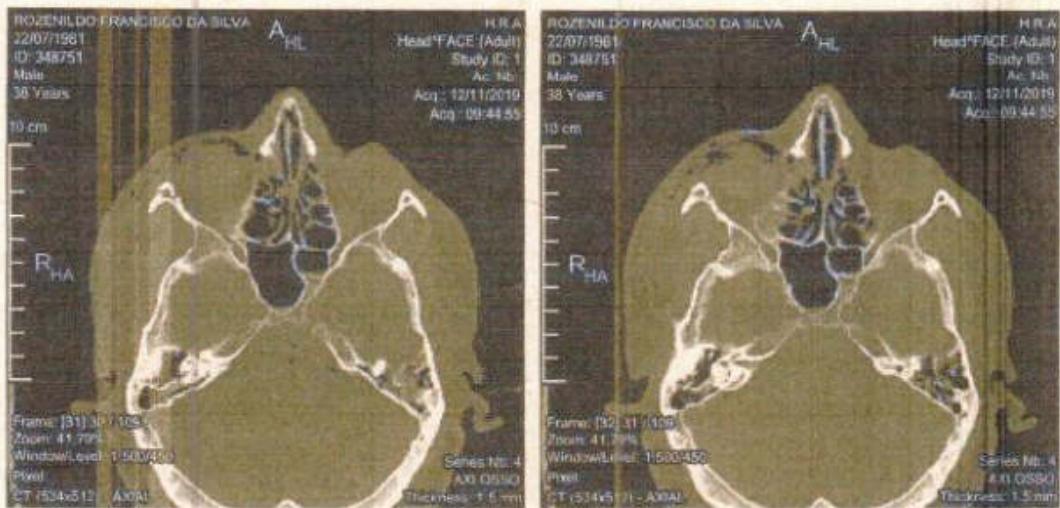


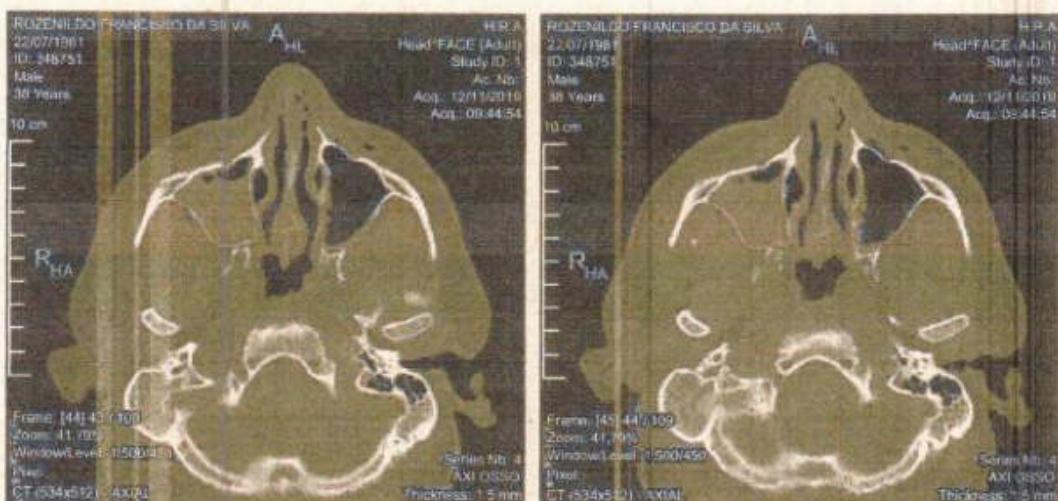
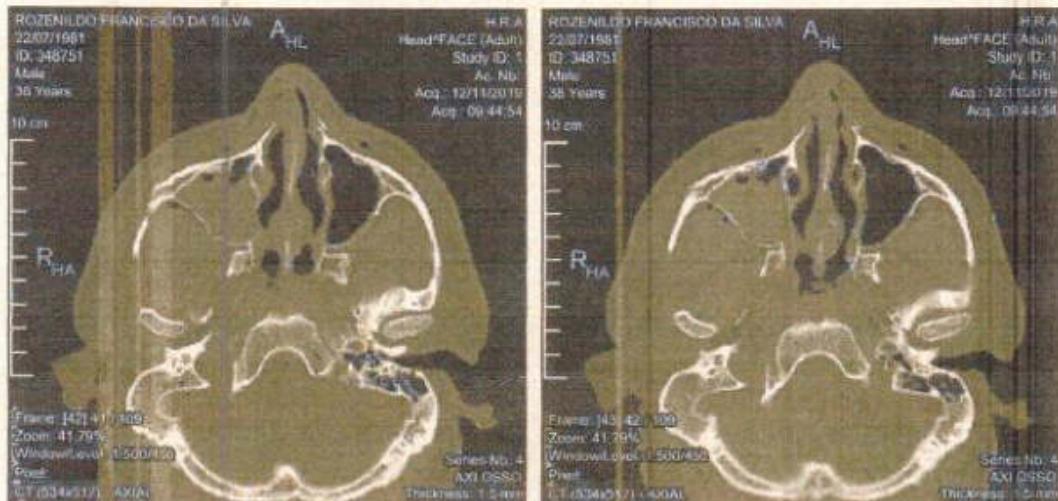


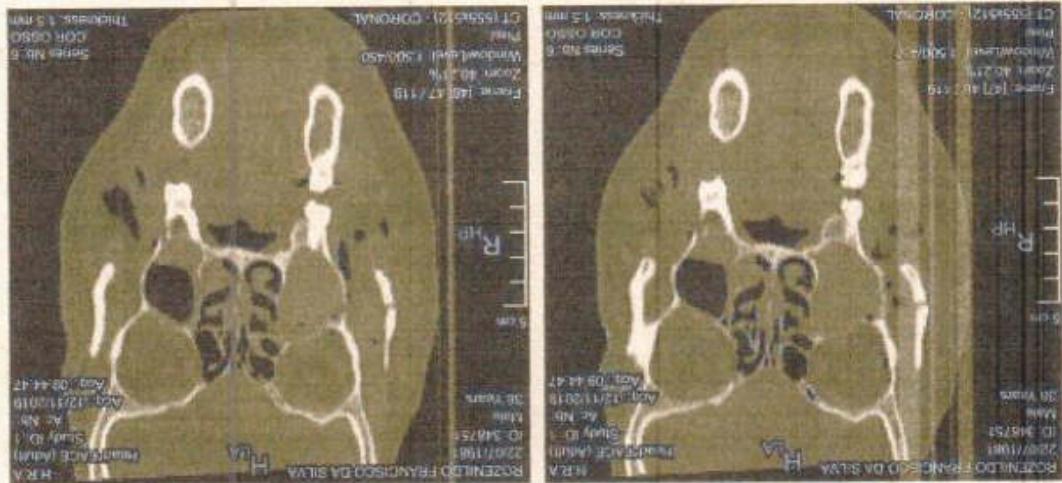
1.54













Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:33:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714331717600000063099141>
Número do documento: 20070714331717600000063099141

Num. 64289442 - Pág. 26





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA		ODA: RE: NAVARAR	
1		1054408683D	
NOME		JACINTO JOSE DOS SANTOS	
CARROCERIA		DK SÃO FELIX-PB	
CNPJ / CNPJ		PLACA	
022.814.184-21		FCQ2877	
PLACA ANTOU		CHASSI	
***** /PS		9C22KUD0800P0031454	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS /MOTOCICLETA		ALCOO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	
BROKIA/BROKIA 150		2015	
CAP / PONT / CIL		CATEGORIA	
2P /162CL		PARTIC	
COTATUNA 2019 QUITANDA		VEIC. CODA UNICA	
IPVA 1 IPVA 1		1 2 3	
VALOR IPVA		VALOR IPVA	
A		RESERVAÇÕES	
PREMIO TAP: ANO (R\$)		PREMIO TAP: ANO (R\$)	
80.11		0,2 84.58	
DATA DE INGARUHO		19/02/19	
AL. FID. ADM. CORS MAC BONDA LTDA		ESCRITURAS	
CAMOCIN		ROBERTO FONSECA Fontelles	
DIRETOR E RESULTANTE		DATA 24/04/19	

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:33:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007071433171760000063099141>
Número do documento: 2007071433171760000063099141

Núm. 64289442 - Pág. 28