

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILSON DA SILVA

Nº Sinistro: 3180191301

Vitima: JOSE WILSON DA SILVA

Data do Acidente: 30/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180191301**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12734933



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILSON DA SILVA
Nº Sinistro: 3180191301
Vitima: JOSE WILSON DA SILVA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180191301**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILSON DA SILVA

Sinistro: 3180191301

Vítima: JOSE WILSON DA SILVA

Data do Acidente: 30/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180191301** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Carta nº: 12985647

A/C: JOSE WILSON DA SILVA

Nº Sinistro: 3180191301
Vítima: JOSE WILSON DA SILVA
Data do Acidente: 30/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE WILSON DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000054

Conta: 000005181-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 37.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37.5% de 10%) 3,75%

Valor a indenizar: 3,75% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEC



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Wilson da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 7.583.037EXPEDIDO POR SBS - PEEM 18/05/2004 ECPF 074597364-73 / CNPJPROFISSÃO recusadoE RENDA MENSAL DE R\$ recusado (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Wilson da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susap nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS) -

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0054 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5181-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

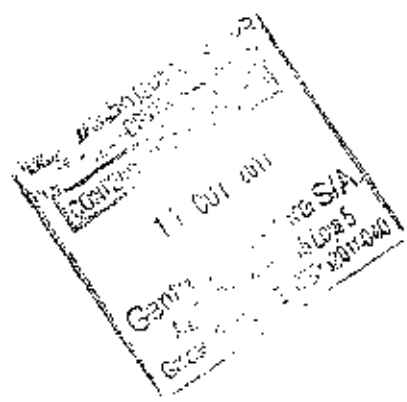
Procurado de Outubro de 2004

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 12.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Seguradora Líder DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEC

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU João Wilson da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 7.583.037 EXPEDIDO POR SDS - PE EM 18/05/2011
 CPF 03959736473 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO recusado
 E RENDA MENSAL DE R\$ recusado (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA João Wilson da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susap nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Fúndonal;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 923 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 913 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima imitado ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPVPAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0004 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5484-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Wilson da Silva de 20/05/2011
 LOCAL E DATA _____ ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO _____



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.509,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.509,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ASL-0398964/17
marta.santos
26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17
marta.santos
26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17
marta.santos
26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17
marta.santos
26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17
marta.santos
26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17
marta.santos
26/04/2018 14:02:11

ASL-0398964/17
marta.santos
26/04/2018 14:02:11

396223



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 051ª CIRCUNSCRIÇÃO - VICÊNCIA -
DP51ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0141000446

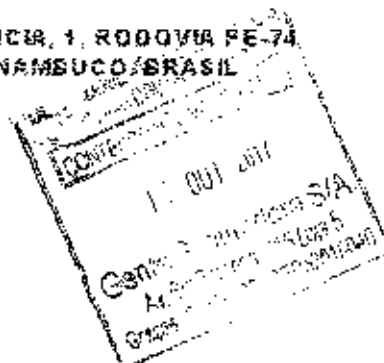
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/09/2017 às
10:29

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 30/7/2017 às 14:00**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE VICENCIA, 1, RODOVIA PE-74
VICENCIA-PE - Bairro: CENTRO - VICENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O MESMO (AUTOR / AGENTE)
ALESSON ROBERTO DE SOUZA SILVA (OUTRO)
JOSÉ WILSON DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ WILSON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA
Pai: GENILSON ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 22/3/1967 Nacionalidade: VICENCIA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7823037/303/PE (RG), 07469736473 (CPF) Escolaridade: 2ª,
GRAU COMPLETO Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares:
- 98550937

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE VICENCIA, 1, SÍTIO TURBASSU 14 - VICENCIA-PE - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - VICENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL

O MESMO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

ALESSON ROBERTO DE SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE VICENCIA, 1, SÍTIO TURBASSU VICENCIA-PE - CEP: 0 - Bairro:
CENTRO - VICENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

Placa: PFJ1552 (PERNAMBUCO/MCENCIA) Rensyam: 283646845 Chassi: 9CZH60210BR413237
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2011 Combustível GASOLINA

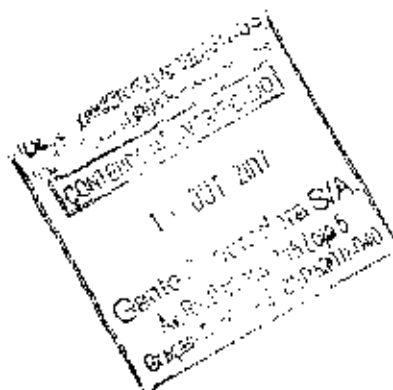
Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE SEGUEVA QUANDO O VEICULO EM TELA NA RODOVIA PE-74 EM DIREÇÃO A SUA RESIDENCIA, NESTE MUNICIPIO, NO SENTIDO MURUPETURASSU, QUANDO DERRAPOU COM A MOTOCICLETA EM AREIA QUE FOI DESLOCADA DE UM BARRANCO ATÉ A RODOVIA APÓS CHUVAS. DECLARA QUE AO DERRAPAR VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VINDO A CAIR AO CHÃO LESIONANDO SUA MÃO ESQUERDA, PERDENDO PARTE DO OSSO MINIMO E LESIONANDO AINDA TENDÕES DE OUTROS DOIS DEDOS DE SUA MÃO. APÓS O ACIDENTE A VITIMA FOI SOCORRIDA ATÉ A UNIDADE MISTA LOCAL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM JABOATÃO DOS GUARARAPES.

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

JOSE WILSON DA SILVA
(VITÓRIA)

S.O. registrado por: CRISTIANO DE ARAUJO RODRIGUES - M



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



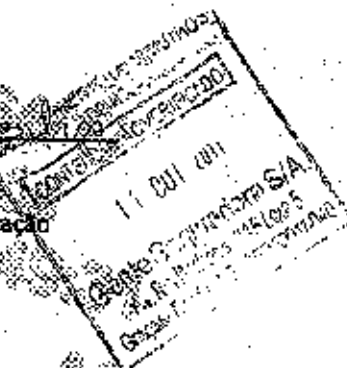
Eu, João Wilson da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.583.027 e inscrito no CPF/ME sob o nº 074.527.364-73, residente e domiciliado na Rua Turiassu nº 14, Jd. Paraisópolis, Cidade Aracaju, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugnação, caso discorde do seu conteúdo.

João Wilson da Silva
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Aracaju, 06/10/17
Local e data



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE VICÊNCIA



Sec. Municipal de Saúde

PRONTO ATENDIMENTO

REGISTRO N. 18431

Em, 30 de Maio de 2017 Hora: 15:00

☐ Consulta Simples
☒ Consulta

Nome: Wilson da Silva

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino DN: 22/03/57 Idade: 30 Estado Civil: -

Endereço: Faria Fria Cidade: Vitória Fone: -

Cartão do SUS: - Filiação: M. Lúcia da Silva

Queixa Principal: Pouco interesse em alimentar o recém-nascido há 1 + 1/2
oprimido de dor expulsa + perda de substância

Exame Físico: sem febre, gurgulento alv no abd. e CP

Pressão Arterial = X Temperatura = Oximetria = HGT =

Prescrição Médica: Pide de substância para ementa e controle

sem TC. gurgulento alv. fúrcula do pulmão no pulmão no pulmão

- 1) oxigenar
- 2) antiácido
- 3) analgésico
- 4) antiácido
- 5) analgésico

Ateliar de Enfermagem

Médico: Dr. João Roberto Fernandes Carvalho

26/04/2018 13:42:45



ASL-030804/17
Maria Santos
26/04/2018 13:42:45

ASL-030804/17
Maria Santos
26/04/2018 13:42:45

ASL-030804/17
Maria Santos
26/04/2018 13:42:45

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: 14/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILSON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00054

CONTA: 000000005181-7

Nr. da Autenticação 63524D37EA87EE1B

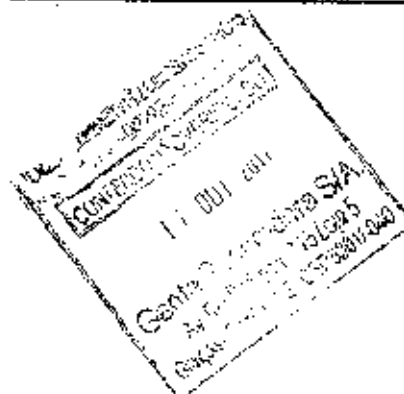
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

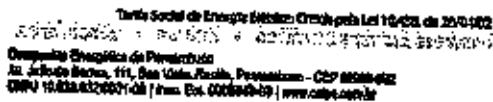
Eu, José Wilson da SilvaRG nº 7.583.037, data de expedição 18/05/04, Órgão SDS/PE

CPF nº 074.597.364-73, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila Turianópolis</u>
Número	<u>14</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Vicência</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55850-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9163-6662 (81) 9-9416-7948</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Timbóba 06/10/17Assinatura do Declarante: José Wilson da Silva



STOWING AND LOADING CONTAINERS
YETI BASSIN 14

ZONA RURAL VICENCIA/VICENCIA RURAL
VICENCIA PE
8554-000

Abstract

40302412

Abstract

000000

W-0000000000	0000000000	0000000000
0000000000	0000000000	0000000000
0000000000	0000000000	0000000000
0000000000	0000000000	0000000000

101.25

1. 2000年10月1日以后新成立的单位

[illegible]

STYL DA FANTASIA

104. 五

NO	TPO IN PAGES	DATE	METHOD	CASE	STATUS	TPO IN PAGES	GROWTH RATE	AUGUST	PERCENTAGE OF GROWTH
P-0028	047	14 OCT 64	1 x 11 x 12	14 OCT 67	1 x 11 x 12	25	1.25%		0.00

ಪ್ರತಿ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ:

678-2-2221-2222

Published by Cambridge

[illegible]

Cellulose acetate

Discussion

[illegible]

8804 ADC7 2B48 0F82 F102 0E54 5E1C 0176

1. *Phylogenetic relationships*

Modello di contratto di locazione a canone fisso. Il contratto deve essere redatto in duplice copia. Una copia deve essere consegnata al locatario e l'altra al locatore. Il contratto deve essere registrato presso l'Ufficio di Registro. Il contratto deve essere firmato dal locatore e dal locatario. Il contratto deve essere datato. Il contratto deve essere sottoscritto da un notaio. Il contratto deve essere registrato presso l'Ufficio di Registro. Il contratto deve essere firmato dal locatore e dal locatario. Il contratto deve essere datato. Il contratto deve essere sottoscritto da un notaio.

The company's 1997 sales were \$1.2 billion, up from \$1.1 billion in 1996. The company's 1997 operating income was \$150 million, up from \$140 million in 1996. The company's 1997 net income was \$100 million, up from \$90 million in 1996. The company's 1997 earnings per share were \$1.50, up from \$1.40 in 1996. The company's 1997 dividend was \$0.50, up from \$0.40 in 1996. The company's 1997 return on assets was 12%, up from 11% in 1996. The company's 1997 return on equity was 15%, up from 14% in 1996. The company's 1997 debt to capitalization ratio was 40%, up from 38% in 1996. The company's 1997 interest coverage ratio was 3.5x, up from 3.2x in 1996. The company's 1997 operating leverage was 1.2x, up from 1.1x in 1996. The company's 1997 working capital ratio was 1.5x, up from 1.4x in 1996. The company's 1997 current ratio was 1.8x, up from 1.7x in 1996. The company's 1997 quick ratio was 1.2x, up from 1.1x in 1996. The company's 1997 cash to debt ratio was 0.5x, up from 0.4x in 1996. The company's 1997 free cash flow to debt ratio was 0.8x, up from 0.7x in 1996. The company's 1997 free cash flow to operating assets ratio was 1.2x, up from 1.1x in 1996. The company's 1997 free cash flow to operating income ratio was 1.5x, up from 1.4x in 1996. The company's 1997 free cash flow to operating assets ratio was 1.2x, up from 1.1x in 1996. The company's 1997 free cash flow to operating income ratio was 1.5x, up from 1.4x in 1996.

[illegible]

Umsatzsteuern: 15,00 €

_____ **DATE OF BIRTH** _____ **DATE OF DEATH** _____

09/21/13 09/20/17 20/09/2017 101.75

170000001-0 01750011004-7 00593211310-8 09147111833-0



64

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ednardo P. G. F. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.235.444/32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Wilson da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.597.364/73 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Jose Wilson da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.597.364/73 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

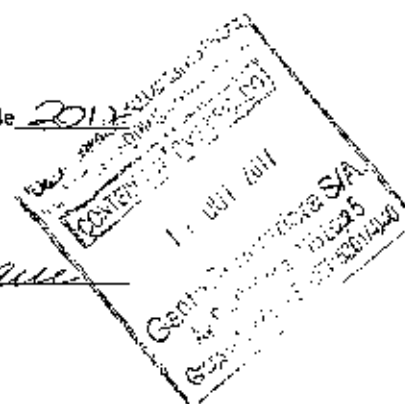
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Geraldo Ferreira Lima</u>		Número <u>127</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Timbaúba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55870-000</u>
Email <u>Ednardo@hotmaul.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 97167948</u>

Timbaúba de Outubro de 2012
Local e Data

Ednardo F. Lima
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC-DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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/biblioteca/web/doc/original.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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 Edson de S. F. Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 045.725.444-32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Wilson da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 074.597.364-73 do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da vítima José Wilson da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 074.597.364-73, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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>Rua Geraldo Figueira Lima</u>	Número <u>127</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Timbaúba</u>	Estado <u>PE</u>
Email <u>Edsonat@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(81) 93167948</u>

Timbaúba de Outubro de 2017
Local e Data

Edson de S. F. Lima
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

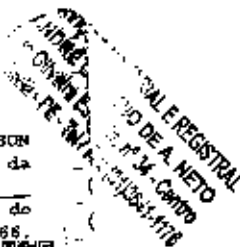
Eu, Alessan Roberto de Souza Silva,
RG nº 7808236, data de expedição 28/11/2006
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 075.159.144-08, com
domicílio na cidade de Vicência, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Vila Turianou, zona Rural, nº 511,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Wilson da Silva, cujo o condutor era
José Wilson da Silva.
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda Pop 100
Ano: 2011
Placa: PEJ 1552
Chassi: 9C2HB0210BR 413237
Data do Acidente: 30 de julho de 2017
Local e Data: Ternburba, 06/10/17

Alessan Roberto de Souza Silva
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS
TITULAR: ANDRÉ CESÁRIO DE ALBUQUERQUE NETO
Telefone: (81) 36411-176

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de: ALESSAN
ROBERTO DE SOUZA SILVA. Em testemunho
verdade, deu fé. Vicência: 06/10/17
Maria Rosenilda de Lima Silva - Substituta do
Tabelião e Oficial. Emolumentos R\$ 3,29, TRNS R\$ 0,68.
total R\$ 3,95.
Selo: 0076786.0N008201701.02120 05/10/2017 09:26:12
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital





** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Paulo Wilson de SilvaReg.: 11237102 Enf.: Leito: DATA DE ENTRADA: 30/4/12 DATA DE SAÍDA: 04/05/12DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Artrite do joelho direitoCS: 1Lesão tendão 2º e 9ºDIAGNÓSTICO FINAL: extrusoDr. Rodrigo Lima(Cirurgião Plástico)EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): Refe. Com Secção DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: PARA CONTROLE EM 1/1Dr. Maurício Vasconcelos
CRM 10.452
Ortopedia - Acupuntura

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA

INSTITUTO DE DEFESA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

06R-41




Jose Wilson da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.583.037 DATA DE EXPIRAÇÃO 18/05/2004

NOME << JOSE WILSON DA SILVA >>

FILIAÇÃO << GENILSON ANTONIO DA SILVA >>

<< MARIA LUCIA DA SILVA >>

NATURALIDADE PE DATA DE NASCIMENTO 22/03/1987

VICÊNCIA

CGC 002.010.111

<< CN 19636 L.A. 18-17-V CART. VICENCIA-PE 12-08-1987 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29-06-83

MINISTÉRIO DA DEFESA

CERTIFICADO DE DISPENSA

DE INCORPORAÇÃO

21ª C-S M/4ª DEL

RA +21036 204557 2

JOSE WILSON DA SILVA

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

FILIAÇÃO

PAI GENILSON ANTONIO DA SILVA

MÃE MARIA LUCIA DA SILVA

DATA NASC 22.03.87 NATURALIDADE VICÊNCIA-PE.

Dispensado do Serviço Militar Integral em 01 AGOSTO 2005.

Ter Sido Incluído no Excesso de

do Contingente S. L. da Massa PE, 20.09.05

CHIEF ou Dir

Assinatura do Diretor

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR JOSE WILSON DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 22/03/1987

REGRISTRO 0698 0212 0825

ZONA 093 SEÇÃO 0009

MUNICÍPIO UF VICÊNCIA/PE

DATA DE EMISSÃO 03/05/2017

Assinatura do Eleitor

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Eleitor

DETRAN - RJ
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 9306709175

1 202846845 2012

ALESSON ROBERTO DE SOUSA SILVA

VITÓRIA-PE

075.159.144-08

075.159.144-08

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

2012 11/03/12

PE Nº 9306709175

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08

075.159.144-08



Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

VIAGEM DE OCUPANTE

CIRCULÁRIO ORDES

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COPIA DE CIRCULÁRIO

VALOR 32 - VALI

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

MULTAS DE TRÁNSITO

ENCARGOS DO DETRAN



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180191301

Cidade: Vicência

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE WILSON DA SILVA

Data do acidente: 30/07/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO + FRATURA COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO + TRAUMATISMO ABERTO COM LESÃO DE TENDÃO NO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO LEVE DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO (FLEXÃO) DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
LIMITAÇÃO EM GRAU MÉDIO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO (EXTENSÃO E FLEXÃO) DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO 2º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO - FEZ FISIOTERAPIA 20 SESSÕES.
ALTA EM 18/09/2017

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/06/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: LUCIANO ALVES VERAS

CRM do médico: 8505

UF do CRM do médico: PE

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 37,5 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180191301

Nome do(a) Examinado(a): JOSE WILSON DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): VILA TURIASSU, 14 - Vicência/PE - CEP 55850-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 7583037 - SDS/PE - 18/05/2004

Data e Local do Acidente : 30/07/2017

Data e Local do Exame : 06/06/2018 RUA DOS MARTÍRIOS, 201 - GOIANA/PE - CEP 55900-000

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

FRATURA COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

TRAUMATISMO ABERTO COM LESÃO DE TENDÃO NO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO 2º, 4º E 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

FEZ FISIOTERAPIA 20 SESSÕES

ALTA EM 18/09/2017

EVOLUIU COM AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 2º E 4º QUIRODÁCTILOS ESQUERDO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

CICATRIZES LOCAL.

SEM EDEMA.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTOS DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, POR LESÃO TENDINOSA

LIMITAÇÃO DO MOVIMENTOS DE FLEXÃO DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, POR LESÃO TENDINOSA

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.


Dr. Luciano Alves Veras
CRM nº 8505
Médico do Trabalho

LUCIANO ALVES VERAS CRM : 8505 / UF :PE

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

Jose Wilson da Silva, brasileiro, RG numero 7583.037,
CPF nº 074.597.364-73, residente no R. João Simões,
zona Rural, Recência - PE.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado,
RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua
Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 06-10-2012

Jose Wilson da Silva

RECONHEÇO

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTROS
Titular: ANDRÉ CESÁRIO DE ALBUQUERQUE NETO
Telefone: (81) 36411-176

Reconheço a firma por AUTENTICAÇÃO de: JOSE WILSON DA SILVA. Em Testemunho) da verdade; dou fé.
Vidência: 06/10/2012 Maria Rosalinda de Lima Silva Substituta do Tabelião e Oficial.
Emolumentos R\$ 3,29, TENS R\$ 0,66, total R\$ 3,95.

Selo: 0076786.AFA08201701.01924 25/09/2017 10:55:46
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

Jose Wilson da Silva, brasileiro, RG numero 7583.017,
CPF nº 074.597.364-73, residente no R. Silva Turian,
R. Rural, R. R. - PE.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado,
RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua
Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina,
denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o
outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro
geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa
relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos
os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento,
especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de
benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do
mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Timbaúba, 06-10-2017

Jose Wilson da Silva

CARTÓRIO ÚNICO - SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTROS
Situado: ANEXO CASARIO DE ALBUQUERQUE NERO
Telefone: (51) 36411-176

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de: JOSE WILSON DA
SILVA. Em Timbaúba (PE) da verdade; dou fé.
Visto em: Timbaúba, PE, em 06/10/2017. Maria Rosalinda
de Lima Silva, Substituta do Tabelião e Oficial.
Emolumentos R\$ 3,20, TMA R\$ 0,66, total R\$ 3,95.

Selo: 0016706-ARF09202701.01924 25/09/2017 10:55:46
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/cedigital

