



Número: **0000585-10.2020.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO FERREIRA PAULO (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73655 931	18/01/2021 09:35	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190663630 **Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO**

Data do Acidente: 24/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA PAULO

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15170474

Pag. 00259/00260 - carta_01 - INVALIDEZ



00030130



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/01/2021 09:35:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011809350322200000072197747>
Número do documento: 21011809350322200000072197747

Num. 73655931 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190663630 **Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO**

Data do Acidente: 24/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA PAULO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01863/01864 - carta_03 - INVALIDEZ



00050932

Carta nº 15175623



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/01/2021 09:35:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011809350322200000072197747>
Número do documento: 21011809350322200000072197747

Num. 73655931 - Pág. 2



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, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190663630 **Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO**

Data do Acidente: 24/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA PAULO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01813/01814 - carta_02 - INVALIDEZ



00080907

Carta nº 15247431



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/01/2021 09:35:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011809350322200000072197747>
Número do documento: 21011809350322200000072197747

Num. 73655931 - Pág. 3

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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190663630 **Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO**

Data do Acidente: 24/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA PAULO

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: FRANCISCO FERREIRA PAULO

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

Banco: **237**

Agência: **000002211-P**

Conta: **000001001062-4**

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

Estamos aqui para Você

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/01/2021 09:35:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011809350322200000072197747>
Número do documento: 21011809350322200000072197747

Num. 73655931 - Pág. 4



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 031.106.834-07 4 - Nome completo da vítima: Francisco Fenneira Paulo

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

5 - Nome completo: Francisco Fenneira Paulo 6 - CPF: 031.106.834-07
 7 - Profissão: Agroalton 8 - Endereço: R. Semotinho 9 - Número: 02 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São José do Belmonte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56950-000
 15 - E-mail:

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: RECUZO 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)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2211 CONTA: 1001062 (Informar o dígito se existir)

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; ou
- 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(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valerácer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? 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

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:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Senna Talhada, 25.10.2019

X Francisco Fenneira Paulo

Pará de Minas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Silva Pavaoao

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178º CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ºCIRC
 DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000590**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/07/2019** às **11:02**

Complementa o BO Número: **19E0268000589** - Número do Aviso de Atendimento: **10631537**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2019** às **18:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - BAIRRO CACIMBA NOVA** - Bairro: **CENTRO - SÃO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO MAIS**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
 O ESTADO (OUTRO)
 JOÃO PAULO FERREIRA (OUTRO)
 JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (TESTEMUNHA)
 JANAÍLDO ALVES DA CRUZ (TESTEMUNHA)
 FRANCISCO FERREIRA PAULO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO FERREIRA PAULO
 VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2019** no período da **Noite**

Natureza Jurídica: **CONDUIZIR VEICULO SEM HABILITAÇÃO**

Fato ocorrido no endereço: **PE 430 - BAIRRO CACIMBA NOVA, POSTO MAIS - SÃO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE, 1 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
 FRANCISCO FERREIRA PAULO (OUTRO)
 JOÃO PAULO FERREIRA (OUTRO)
 JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (TESTEMUNHA)
 JANAÍLDO ALVES DA CRUZ (TESTEMUNHA)
 O ESTADO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



LESÃO CORPORAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **PE 430 - BAIRRO CACIMBA NOVA, POSTO MAIS - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
 O ESTADO (OUTRO)
 JOÃO PAULO FERREIRA (OUTRO)
 JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (TESTEMUNHA)
 JANAILDO ALVES DA CRUZ (TESTEMUNHA)
 FRANCISCO FERREIRA PAULO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO FERREIRA PAULO
 V/FICULIO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISMARIO FERREIRA
 TERTO DA SILVA

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

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **FRANCISCA**
FRACINEIDE FERREIRA TERTO Pai: **JOSÉ NAZÁRIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/2/1993** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9201321/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
 - 92106021

Residencial: **RUA SERROTINHO, N° 50, - BAIRRO CACIMBA NOVA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , RUA SERROTINHO - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCISCO FERREIRA PAULO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RAIMUNDA FERREIRA PAULO** Pai: **JOSE JUVENCIO PAULO** Data de Nascimento: **3/6/1972** Naturalidade: **PENAFORTE / CEARA / BRASIL** Documentos: **95029038395/SSP/CE (RG) 03110683407 (CPF)** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares:
 - 99855086

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , RUA SERROTINHO - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BRANDINA PIRES DA SILVA**
SOUSA Pai: **JOÃO GOMES DE SOUSA** Data de Nascimento: **21/5/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **POLICIAL MILITAR**

JANAILDO ALVES DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LEONICE ALVES GONDIM GOMES** Pai: **JAILDO GOMES DA CRUZ** Data de Nascimento: **5/5/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **POLICIAL MILITAR**
 Endereço Gomercial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL, 2º CPM**

O ESTADO - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: .. Cargo do Representante: .. Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: .. Telefone de Contato: ..

JOÃO PAULO FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RAIMUNDA FERREIRA PAULO** Pai: **JOSE JUVENCIO PAULO** Data de Nascimento: **13/12/1981** Naturalidade: **PENAFORTE / CEARA / BRASIL**
 Residencial: **RUA SERROTINHO, N° 05, CACIMBA NOVA , AO LADO DO POSTO MAIS - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA CG 150 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERDE** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **KJS8257** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Renavam: **862618649** Chassi: **9C2KC08205R049958**
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **GASOLINA**
 Descrição: **PROPRIETÁRIO : JONAS SAMUEL DOS SANTOS**

MOTOCICLETA,CG 160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO FERREIRA PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO FERREIRA PAULO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Placa: **PDP3994** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **114902543** Chassi: **9C2KC2500JR114423**
 Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

POLICIAIS MILITARES APRESENTARAM NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O BO/PM/PE NUMERO M-10631537, SOB A ALEGAÇÃO DE QUE OS ENVOLVIDOS TERIAM SE ENVOLVIDOS EM UM ACIDENTE E O ENVOLVIDO FRANCISCO FERREIRA PAULO TEVE QUE SER SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA DE SAUDE LEONIDAS PEREIRA DE MENEZES ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO. ESTE POLICIAL ENTROU EM CONTATO VIA TELEFONE COM O DELEGADO DE PLANTÃO E O MESMO DETERMINOU QUE AS MOTOS NÃO DEVERIAM SER APREENDIDAS E COM O EXPOSTO ENCERRO O PRESENTE BOE //////////////// QUE NA DATA DE 25/07/2019 COMPARECEU NESTE DELEGACIA A PESSOA DE JOÃO PAULO FERREIRA O QUAL É IRMÃO DA VITIMA DE NOME FRANCISCO FERREIRA, QUE O MESMO PRESTOU INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA COMPLEMENTAÇÃO DESTE BOE, TAIS COMO DADOS DOS VEICULOS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE E DADOS DO SEU IRMÃO E DO AUTOR DO ACIDENTE DE NOME FRANCISMARIO FERREIRA , SENDO ESTE ÚLTIMO CONDUZIDO PARA ESTA DEPOL NA DATA DO FATO E TAMBÉM INSERIDO EM OUTRAS NATUREZAS POIS ESTAVA CONDUZINDO VEICULO SEM SER HABILITADO E EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRETAR SOCORRO A VITIMA , FATO ESTE MENCIONADO NO BO PM N° 10631537. ESTE ADITAMENTO FORA COMUNICADO A DELEGADA TITULAR ANTONIA ERANDY A QUAL DETERMINOU ESTE PROCEDIMENTO. SEM MAIS PARA O MOMENTO ENCERRO ESTE BOE ///////////////////

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

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA
 (AUTOR / AGENTE)

FRANCISCO FERREIRA PAULO
 (VITIMA)

JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO
 (TESTEMUNHA)

JANAILDO ALVES DA CRUZ
 (TESTEMUNHA)

JOÃO PAULO FERREIRA
 (OUTRO)

Condutor da ocorrência:

Nome: **LOPES**

Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **9507795** - Prefixo da viatura: - Unidade

Operacional: **NÃO INFORMADO**

B.O. registrado por: **THIAGO AUGUSTO DA SILVA RODRIGUES** - Matrícula: **320258-5**





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000589

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/07/2019 às 22:49**

Complementado pelo BO Número: **19E0268000590**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2019 às 18:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, PE 430 - BAIRRO CACIMBA NOVA** - Bairro: **CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO MAIS**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
 JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (TESTEMUNHA)
 JANAILDO ALVES DA CRUZ (TESTEMUNHA)
 FRANCISCO FERREIRA PAULO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO FERREIRA PAULO
 VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA

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

FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **BRANDINA PIRES DA SILVA** Pai: **JOÃO GOMES DE SOUSA** Data de Nascimento: **21/5/1984** Naturalidade: **PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , RUA SERROTINHO - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANCISCO FERREIRA PAULO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **RAIMUNDA FERREIRA PAULO** Pai: **JOSE JUVENCIO PAULO** Data de Nascimento: **3/6/1972** Naturalidade: **PENAFORTE / CEARA / BRASIL** Documentos: **95029036395/SSP/CE (RG), 03110683407 (CPF)** Profissão: **MOTOTAXISTA**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, , RUA SERROTINHO - BAIRRO CACIMBA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **BRANDINA PIRES DA SILVA** SOUSA Pai: **JOÃO GOMES DE SOUSA** Data de Nascimento: **21/5/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **POLICIAL MILITAR**

JANAILDO ALVES DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **LEONICE ALVES GONDIM GOMES** Pai: **JAILDO GOMES DA CRUZ** Data de Nascimento: **5/5/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Profissão: **POLICIAL MILITAR**

16/08/2019 18:04



Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL, 2º CPM**

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

MOTOCICLETA CG 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: Não
 Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJS8257** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005**

MOTOCICLETA CG 160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO FERREIRA PAULO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO FERREIRA PAULO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDP3994** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

POLICIAIS MILITARES APRESENTARAM NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O BO/PM/PE NUMERO M-10631537, SOB A ALEGACAO DE QUE OS ENVOLVIDOS TERIAM SE ENVOLVIDOS EM UM ACIDENTE E O ENVOLVIDO FRANCISCO FERREIRA PAULO TEVE QUE SER SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA DE SAUDE LEONIDAS PEREIRA DE MENEZES ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO. ESTE POLICIAL ENTROU EM CONTATO VIA TELEFONE COM O DELEGADO DE PLANTÃO E O MESMO DETERMINOU QUE AS MOTOS NÃO DEVERIAM SER APREENDIDAS E COM O EXPOSTO ENCERRO O PRESENTE BOE

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

**FRANCISMARIO FERREIRA TERTO DA SILVA
 (AUTOR \ AGENTE)**

FRANCISCO FERREIRA PAULO

(VITIMA)

Francisco Ferreira Paulo
JOÃO GOMES DE SOUSA FILHO
 (TESTEMUNHA)

JANAILDO ALVES DA CRUZ
 (TESTEMUNHA)

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





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 031.106.834-07 4 - Nome completo da vítima: Francisco Fenneira Paulo

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

5 - Nome completo: Francisco Fenneira Paulo 6 - CPF: 031.106.834-07
 7 - Profissão: Aghnaulton 8 - Endereço: R. Semotinho 9 - Número: 02 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São José do Belmonte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56950-000
 15 - E-mail:

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:

RECUZO 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)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2211 CONTA: 1001062 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

(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; ou
- 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(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valerácer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? 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

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:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Senna Talhada, 25.10.2019

X Francisco Fenneira Paulo

Francisco de Menezes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Silva Pavaoao

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Estado de Pernambuco

Secretaria de Defesa Social

Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco

CBMPE - 3ºGB - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro cachoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 29 de agosto de 2019.

WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS
Cap BM Resp. pelo Comando do 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 70 / 2019 - 3ºGB - DOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. JOSÉ FRANCISCO ALVES CAVALCANTE, RG 5650072 SSP/PE, CPF 031.041.284-64, residente à Rua Quirino Cordeiro Magalhães, 1626, Ipsep, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 18:53h do dia 24 de julho de 2019, comandada pelo CB QBMG 1/707396-8 JOSÉ DIÓGENES GOMES DA SILVA, para uma ocorrência de APH (COLISÃO MOTOCICLETA X MOTOCICLETA), nº 8 (1275889), sendo vitimado o Sr. FRANCISCO FERREIRA PAULO, RG 95029036395 SSP/CE, CPF 031.106.834-07, o qual declarou que conduzia uma motocicleta marca/modelo HONDA/CG 160 START, PLACA PDP-3994, vermelha, no momento em que houve a colisão. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Avenida Euclides da Cunha, PE-430, S/N, Cacimba Nova, São José do Belmonte-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura aberta no membro inferior esquerdo. O mesmo foi socorrido e conduzido a Unidade Mista Leônidas Pereira de Menezes, São José do Belmonte-PE, ficando aos cuidados do Dr. ALCIDES MUNIZ GOMES DE MATOS, CRM 28425, prontuário 42491.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pela SD QBMG 1/718240-6 THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS, chefe da Divisão de Operações e respondendo pelo Comando da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000063.002340/2019-49



Documento assinado eletronicamente por THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE, em 29/08/2019, às 12:23, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por Wamberg Rodrigues dos Santos, em 29/08/2019, às 12:48, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 3134350 e o código CRC F40AB11F.

https://sei.pe.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=3947692&infra_sistema=10000011



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/01/2021 09:35:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011809350322200000072197747>
Número do documento: 21011809350322200000072197747

Num. 73655931 - Pág. 12

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO FERREIRA PAULO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02211-P

CONTA: 000001001062-4

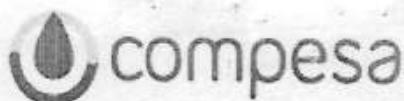
Nr. Autenticação

BRADESCO090120200500000000023702211000001001062168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/01/2021 09:35:03
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011809350322200000072197747>
Número do documento: 21011809350322200000072197747

Num. 73655931 - Pág. 13



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20190877574648 Escritório: SAC JOSE DO BELMONTE
FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA DAS DORES LIMA
R SERROTINHO, N. 00002 - A - CENTRO SÃO JOSE DO BELMONTE PE 56950-000
INSCRIÇÃO: 135.820.312.0000.070

07757464.8 08/2019-1

GRUPO: 11

OPÇÃO DÉB AUTOMÁTICO: 07757464.8

LIGADO	POTENCIAL	1	MÉDIA RD	
Y10X275440	09/08/2019	10/09/2019		
ÁGUA		ESGOTO		
LEIT. ANT.: 1110	CONSUMO: 10	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL: 1120	TAXA MÍNIMA	LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 1120	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. FAT.:		
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS		
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISAS REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
01/2019 10/	A	TURBIDEZ	24	23
06/2019 13/	A	COR APARENTE	24	23
09/2019 10/	A	CLORO RESIDUAL	24	23
04/2019 10/	A	COLIFORMES TOTAIS	24	23
03/2019 10/	A	E.Coli	24	23
02/2019 6/	A			
MÉDIA 9/ 0	B			

OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS: ABSÊNCIA EM 99% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES AUTOMÁTICAS DE ACEITAÇÃO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE	
CONSUMO DE ÁGUA	
MULTA P/IMPONTUALIDADE	07/2019
JUROS DE MORA	07/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

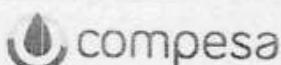
44,98
0,00
0,00

PIS: 00,00
COFINS: 00,00

20/09/2019

44,95

Emitido por: INTERNET



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe

0800 281 3344

07757464.8 08/2019-1

CÓDIGO DE BARRAS

82870000000-4 44950018135-5 07757464801-0 08201910003-0



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/01/2021 09:35:03
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011809350322200000072197747
Número do documento: 21011809350322200000072197747

Num. 73655931 - Pág. 14

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE	
CPF: 368.710.364-15	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RUA FRANCISCO OLAVO 110	
IPSEP/SERRA TALHADA 56912-130 SERRA TALHADA PE	
<p>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</p>	

DATA DE VENCIMENTO 01/11/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RESERVADO AO FISCO BF5C.FA62.09F3.6339.9A08.44D0.A2B6.23F3	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	178,00	0,81069952	144,30					
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,17					
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,02					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,12					
ICMS Subvenção-CDE-NF 074939430-26/08/19			0,87					
Multa por atraso-NF 078868106 - 24/09/19			2,30					
Juros por atraso-NF 078868106 - 24/09/19			0,11					
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98					
TOTAL DA FATURA			162,87					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
149,49	25,00	37,37	149,49	1,29	1,92	149,49	5,95	8,89

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000		kWh
OUT	19	178	
SET	19	138	
AGO	19	119	
JUL	19	126	
JUN	19	123	
MAI	19	128	
ABR	19	89	
MAR	19	80	
FEV	19	117	
JAN	19	124	
DEZ	18	94	
NOV	18	252	
OUT	18	343	
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
GERAÇÃO DE ENERGIA	47,30	31,64	
TRANSMISSÃO	5,19	3,47	
DISTRIBUIÇÃO (CELPE)	31,50	21,07	
ENCARGOS SETORIAIS	7,41	4,96	
TRIBUTOS	46,17	32,22	
PERDA DE ENERGIA	9,92	6,54	
TOTAL	149,49	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA				
00000003010216219	CAT	24/09/2019	19.276,00	25/10/2019	19.454,00	31	1.00000 0,00 178,00

[DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/11/2019]

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
ago/2019								
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	5,43	10,86	21,73			
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20			
OMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00			
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22					
EUZO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 53,11								
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, OMIC e DICRI a qualquer tempo.								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
<p>Pague no ponto mais perto de você! farmacia economize: rua jose rodrigues de barros n. senhora da conceição / farmacia popular: incocencio gomes de andrade 717 nossa sra da penha lista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no 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. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.</p>	

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	
002278076019	10/2019	0,00	01/11/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.	

CATALOGO DA CELPE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1/





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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Sára Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.742-25 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário
Francisco Ferreira Paulo Inscrito (a) no CPF sob o Nº 031-106.834-07
do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Francisco Ferreira Paulo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 031-106-834-07 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recuseme Renda: Recuseme apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

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

Endereço:	<u>Francisco Olava</u>	Número:	<u>110</u>	Complemento:	<u>Olava</u>
Bairro:	<u>IPSEP</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:					CEP: <u>56912-130</u> Tel.(DDD): <u>07-9634-4907</u>

Local e Data: João Pessoa 25.09.2019

Rosana de Menezes Sára Cavalcante
Assinatura do Declarante



UNIDADE MISTA LEONIDAS PEREIRA DE MENEZES
SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR - VER 01.025
CONSULTA AMBULATORIAL

Acidente de trânsito

DATA: 24/07/2019
HORA: 19:05:25
PÁGINA: 001

Paciente...: FRANCISCO FERREIRA PAULO
Endereço...: RUA: SERROTINHO 03
Cidade...: SAO JOSÉ DO BELMONTE
Nascimento: 03/06/1972
ETNIA.....:
Cart. SUS.:
Mãe: RAIMUNDA F PAULO

Prontuário: 00042491
Bairro....: CACIMBA NOVA
Cep.....: 56950000
Idade.....: 47 Anos, 1 Mês
Est.Civil.: CASADO (A)
Profissao.:
Pai: JOSE JUVENCIO F PAULO

Atendimento Atual: 000001

Nº de Registro: 00241051 Data: 24/07/2019

Médico: CLINICO GERAL
Convênio: SUS AMBULATORIO

Origen: CONSULTA
Atendente: MAYARA

Alergias: NÃO () SIM () Qual:

Tax: ____ °C FR: 108 bpm FC: 78 bpm HGT 102 mg/dl PA 190 x 90 mmhg Peso ____ Kg

Classificação de Risco Vermelho() Amarelo() Verde() Azul()

SPO2: 99%

PRÉ-CONSULTA:

História da Doença Atual:

- Foi atingido de canto de
moto e ficou no chão.
Ficou esp.

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Terapêutica:

- Sustento da PE
- Frio nos pul
- afixo com gaze

Adolescente Comum de Risco
Carga Geral: 0
IDADE: 47 Anos

Observação() Internação() Transfusão() RECUA MEDICAÇÃO() EVADIU-SE() ALTA() ÓBITO()

Médico

Enfermeiro

Téc/Aux. Enfermeiro

Assistente Social

Paciente/Responsável

→ Francisco Ferreira Paula, 47 anos, chega ao Samu de saúde, trazido pelo corpo de Bombeiros, vítima de acidente motociclistico (colisão moto-moto), apresentando fratura exposta de tibia no MIE. Realizado imobilização do membro com A.P.H pelos Bombeiros, medicação em no hospital + ssuv. A família realizou contato com uma amiga "Entendim" no Hospram e a mesma pediu p/ o médico encaminhá-lo para o referido hospital, que o mesmo teria assistência especializada que necessitava. Deve ser formal, Dr Alcides o encaminhou p/ o Hospram SI sentado.

Corfue com o original

Ass.
Débora Maria de L. Sobral Cris
Assistente Social
CRESS - 7030
4º Rádio
25/07/2019.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Francisco Fávaro Pires

Prontuário: _____

Data: 25/07/19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fractura com contuso da tibia bicondilar

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Carimbo

Analista Carimbo

Nome: R. Pires Pires 15 Anos

TRATAMENTO REALIZADO:

Manguito

Sutura e Osteosíntese

Abordagem e fixação osteosíntese

Alta Hospitalar: Data: _____ / _____ / _____

Hora: _____

Tássio Taposa
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE: 19662

25 JUL. 2019

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/01/2021 09:35:03
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011809350322200000072197747
Número do documento: 21011809350322200000072197747

Num. 73655931 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/01/2021 09:35:03
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011809350322200000072197747>
Número do documento: 21011809350322200000072197747

Num. 73655931 - Pág. 21



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663630 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame REFERE PARESTESIA NA REGIÃO DISTAL DA Perna ESQUERDA. AO EXAME, VITIMA APRESENTA ATROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO (SINAIS CLÍNICOS DE LESÃO DO FIBULAR SUPERFICIAL) MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO, EVOLUIU COM LESÃO DO NERVO FIBULAR. ALTA EM SETEMBRO 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663630 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame REFERE PARESTESIA NA REGIÃO DISTAL DA Perna ESQUERDA. AO EXAME, VITIMA APRESENTA ATROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO (SINAIS CLÍNICOS DE LESÃO DO NERVO FIBULAR SUPERFICIAL) MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO, EVOLUIU COM LESÃO DO NERVO FIBULAR. ALTA EM SETEMBRO 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663630 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA. PR 1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P1
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLINICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, POREM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS. E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190663630 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA. PR 1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P1
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Procuração

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

1. Outorgante FRANCISCO FERREIRA PAULO,

portador(a) do documento de identidade nº 95029036395, expedido por SSP CE, em 21/01/2019, inscrito no CPF sob o nº 031.106.834-07, residente na RUA SERRA TINHO, nº 02, complemento CASA, Bairro CENTRO, cidade S.J. do BELMONTE, Estado PE.

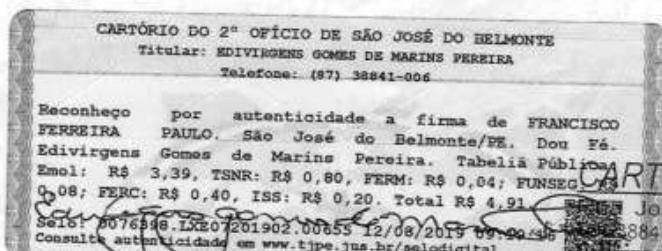
2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante,

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em 29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na Rua Francisco Olavo, nº 110, complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade Serra Talhada, Estado PE.

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

S.J. do Belmonte-PE, 12 de Agosto de 2019.

Outorgante X Francisco Ferreira Paulo



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
TABELIÃO OFICIAL PRIVATIVA DE PROTESTO
E-mail: cartorioew@hotmail.com



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421010/19

Número do Sinistro: 3190663630

Vítima: FRANCISCO FERREIRA PAULO

CPF: 031.106.834-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/07/2019

Titular do CPF: FRANCISCO FERREIRA PAULO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 12/12/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/01/2021 09:35:03
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011809350322200000072197747>
Número do documento: 21011809350322200000072197747

Num. 73655931 - Pág. 28