



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Eu, **Edvaldo José dos Santos**, brasileiro, casado, vigilante, devidamente inscrito no CPF/MF n. 028.446.914-98, residente na Rua Maria da Glória Bazante, n. 25 – B, Lot. São Roque, Condado – PE, CEP: 55940-000, declaro, especialmente para obter o benefício da assistência judiciária gratuita de que trata a Lei 1.060/50 e o artigo 98 do Código de Processo Civil, que sou pobre na acepção legal do termo, não disponho de recursos financeiros para o pagamento das custas, despesas processuais e honorários de advogado e/ou de perito, sem que com isso prejudique a minha manutenção e sustento e de meus familiares.

Condado - PE, 17 de maio de 2019.



Edvaldo José dos Santos
Edvaldo José dos Santos

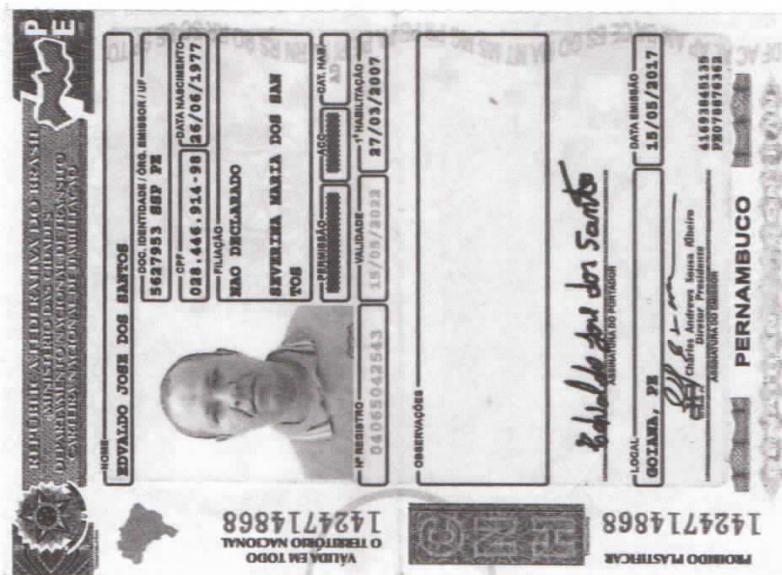


ROMÁRIO MIGUEL - ADVOGADO
OAB - PE Nº 44.807
E-MAIL: adv.romariomiguel@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573409300000046724476>
Número do documento: 19070514573409300000046724476

Num. 47448248 - Pág. 1



ARIANA SECURADORA
08 FEV 2019



Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573416200000046724477>
Número do documento: 19070514573416200000046724477

Num. 47448249 - Pág. 1



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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-922
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUZIANA MARIA BARROS DE SOUSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO ROQUE 25 B QUADRA 3 LOTE 47

CPF: 089 170 844-86

CENTRO/CONDADO
CONDADO PE
55940-000

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
043818247	UNICA	21/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/12/2018	2001301725	973516

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2447396010	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	TAXA PESQUISA, PROBLEMA, LISTAGEM
02/01/2019	21/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	21,01

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acrescimo Bandeira AMARELA	30.000.000	0,54556485	16,36
ICMS Subvenção-CDE-NF 036268088-20/10/18		0,09	0,09
Multa por atraso-NF 038998610- 21/11/18		0,63	0,63
Juros por atraso-NF 038998610- 21/11/18		1,87	1,87
Atualização IGPM-NF 038998610- 21/11/18		0,59	0,59
PRO-CRIANÇA-(081)3412-8960 (800) 031 9869		0,28	0,28
			0,98

TOTAL DA FATURA

21,01

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LITURA	ATUAL DATA	LITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
ME84713	CAT	21/11/2018	25.867,00	21/12/2018	25.997,00	30	1.000000		30,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano	Consumo (kWh)
DEZ18	30
NOV18	122
OUT18	138
SET18	119
AGO18	133
Jul18	125
JUN18	128
MAI19	146
ABR18	139
MAR18	136
FEV18	128
JAN18	181
DEZ17	158

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BÁSIS DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
IRMS	0,79	0,53
COFINS	3,61	0,58

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geogênio de Energia	R\$	42,66%
Transmissão	R\$	0,32%
Eletrogeração (Celpe)	R\$	38,60%
Perdas de Energia	R\$	9,30%
Encargos Salariais	R\$	7,60%
Outras	R\$	4,32%
Total	R\$	100%

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

INSCRIÇÃO NO FISCO
9454 E8E0 AA01 8E32 6538 8981 28A7 E40E

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço no ponto mais perto da sua casa que o menor quanto possível é cobrado. Informo que a tarifa é a menor entre as tarifas de consumo e não é a menor entre as tarifas de fornecimento. Consulte o site www.anatel.gov.br. O cliente é compensado quando há redução na contribuição individual ou do nível de fornecimento. Pagto. em atraso gerará multa 2% (Dois Por Cento), Juros 1,5% (um e meio) e 10,45% (dez e quatro e meia) de juros compostos. Multa e juros compostos serão aplicados mensalmente no prazo. O Cliente é responsável pelo pagamento das taxas e impostos que forem devidos ao Fisco ou a terceiros, bem como a responsabilidade pelo pagamento de fornecimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art. 7º RDN 081/13.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, prazos, encargos e outras informações que o cliente encontra em disponibilidade para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br.

DISPOSIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO | VALOR | LIMITE | LIMITE INDUSTRIAL | LIMITE MFP

PERÍODO DE FORNECIMENTO

TENSÃO MÍNIMA/MAXIMA | LIMITE DE VARIAÇÃO (%)



Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573422700000046724480>
Número do documento: 19070514573422700000046724480

Num. 47448252 - Pág. 1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	028.446.914-98	Edvaldo José dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <u>Edvaldo José dos Santos</u>				
Profissão: <u>Vigilante</u>	Endereço: <u>ho Roque - Qd 3 lote 47</u>	CPF: <u>028.446.914-98</u>	Número: <u>253</u>	Complemento: <u>25B</u>
Bairro: <u>Jardim São Roque</u>	Cidade: <u>Condado</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>553940-000</u>	Tel.(DDD):
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4065

CONTA: 01026220

0

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, Condado, 21/01/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Edvaldo José dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
ARIANA SEGURADORA
08 FEB 2019
CJ

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



2 de 2

17/01/2019 12:57



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ª CIRC DINTER1/11º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19 E0134000181**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/01/2019** às
12:32

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **30/11/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, PE849** - Bairro:
CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL (AUTOR / AGENTE)
LUZIANA MARIA BARROS DE SOUSA (OUTRO)
EDVALDO JOSE DOS SANTOS (VITIMA)

ARIANA SECURANORA
08 FEV 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): EDVALDO JOSE DOS SANTOS

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

EDVALDO JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mé
SEVERINA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: **26/6/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CONDADO, 25, LOTEAMENTO SÃO ROQUE 25B - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LUZIANA MARIA BARROS DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUZIANA MARIA BARROS DE SOUSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO JOSE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PENB290** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9G2JC4E20CR004856**



Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573432800000046724481>
Número do documento: 19070514573432800000046724481

Num. 47448253 - Pág. 2

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPrevie...

Complemento / Observação

A VÍTIMA DECLARA QUE ESTAVA TRANSITANDO NA MOTOCICLETA EM TELA NA PE 848 SENTIDO PONTA DE PEDRA ENTRADA ATLANTISQUANDO UM ANIMAL CACHORRO ENTROU NA VIA VINDO A VÍTIMA COLIDIR NA PARTE TRASEIRA DO CACHORRO VINDO A CAIR EM SOLO SENDO SOCORRIDO POR POPULAR ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE GOIAN SEGUE ANEXO CÓPIA DO ATENDIMENTO E OUTROS DOCUMENTOS

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

Edvaldo Jose dos Santos
EDVALDO JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE ALBERTO FERREIRA DE SOUZA JUNIOR** - Matrícula:
351885-8



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
Nº 013817245709	
DETRAN - PE	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	CÓD. RENAVAM
1	373198183
***** (NÚMERO) *****	
EXERCÍCIO: 2018	
DENATRAN	
Luziana Maria Barros de Souza	
CONDADO - PE	
089 - 170 - 844 - 86	9C2JC4620CR004656
PLACA ANT/UF:	CHASSI:
*****	*****
PÁS MOTONETA	Especie tipo:
HONDA/BIZ 125 E8	MARCA/MODELO:
2P/124CL	CATEGORIA:
I P V A 1	PRETÀ
IPVA 2018 QUITADO	VEN. COTA UNICA:
FUNAI/IRVA	PARCELAMENTO/COTAS:
PRÉMIO TAFARATO (R\$)	DATA DE PAGAMENTO:
SEGURU PAGO	PRÉMIO TOTAL (R\$):
SEM RESERVA	OBSERVAÇÕES:
CONDADO - PE	
DATA: 22/08/18	
LOCAL:	
CONTRAN	
VALID	
Charles Andrews Sousa Ribeiro	
Dirigente Presidente DENATRAN/PE	
F.I.P. NAO NOMEADA NO PORTO CERTIFICAÇÃO	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VELOCIDADE SUPERIOR A 50 KM/H TRANSPORTANDO CARGA, PESSOAS, TRANSPORTE DE VALORES, SEGURO DPVAT.	
PE Nº 013817245709 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
Luziana Maria Barros de Souza	
CONDADO - PE	
VIA	089 - 170 - 844 - 86
2018	22/08/18
PLACA:	PENO200
COMBUSTIVEL:	ALCO/GÁSOL
ANO FAB.	2011
ANO MOD.	2012
COR PREDOMINANTE:	PRETÀ
373198183	HONDA/BIZ 125 E8
9C2JC4620CR004656	CHASSI:
2011	09
PRÉMIO TARIFÁRIO	
CUSTO DO SEGURO (R\$)	IPF (R\$)
IPF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO
<input type="checkbox"/> PARCELA	<input type="checkbox"/> DATA DE OUTINAÇÃO
SEGURO LÍDER - DPVAT	
CNPJ 08.240.600/0001-04	
NOV-2017	
ARUANA SECURADORA 08 FEV 2019	



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Luziana Maria Barros de Souza,

RG nº 8.021.094, data de expedição 07/03/2006

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 089.170.844-86,

com domicílio na cidade de Condado, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Quadra 03 Lote 47, nº 253,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Edvaldo José dos Santos, cujo o condutor era

Edvaldo José dos Santos.

Veículo: Moto Modelo: Honda/Biz 125 FS Ano: 2011/2012

Placa: PEN 0209 Chassi: SC2JC4820CA004656

Data do Acidente: 30/11/2018.

Local e Data: Condado/PE, 09/02/2019

Luzianamaria Barros de Souza

Assinatura do Declarante

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

Luzianamaria Barros de Souza
08 FEVEREIRO DE 2019

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Titular: LETICIA ANDRADE DE AZEVEDO
Telefone: (81) 3642-1026

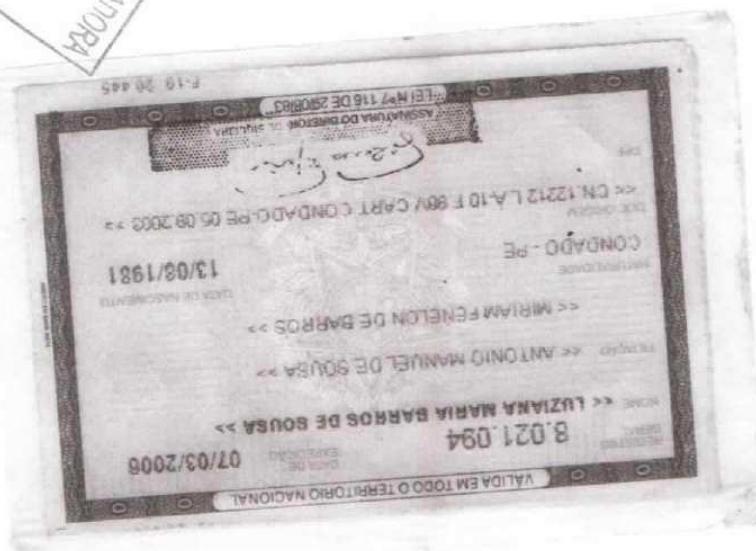
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUZIANA MARIA BARROS DE SOUSA DOU FÉ Cendado, 08/02/2019 Em test^o da verdade Pollyana Maria Andrade Oliveira de Menezes - Substituta Emol. R\$ 3,43 TSNE R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,16

Selo: 0077636.VUE02201901.00870 08/02/2019 09:29:55
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://tjpe.jus.br/seledigital)





ARUANA CERTIFICA
08 FEV 2018



Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573432800000046724481>
Número do documento: 19070514573432800000046724481

Num. 47448253 - Pág. 6

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edvaldo José dos Santos,

RG nº 5.627.953, data de expedição / / , Órgão SSP / PE,

CPF nº 028.446.914-98, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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>Quadra 03 LOTE 47</u>
Número	<u>25 B</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>CONDADO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55.940-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

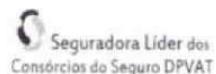
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Condado - PE, 08 de FEVEREIRO de 2019

Assinatura do Declarante: Edvaldo José dos Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0048645/19

Número do Sinistro: 3190113052

Vítima: EDVALDO JOSE DOS SANTOS

CPF: 028.446.914-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDVALDO JOSE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/04/2019
Nome: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA
CPF: 110.759.814-17

ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 022.882.771-10

ABENILDA MARIA BARBOSA





XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Manoel Góes 5567886

Guia de Esclarecimento

de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GÓIANA REGIÃO: XII GERES

41a Sexo: M Cor: Branca Estado Civil: _____ Profissão: _____

Principais sintomas:

Sintoma principal: Dor aguda no peito (S)

Sintoma secundário: Pólvora na testa (S) e dores nas costas (S)

Sintoma terciário: Edema nos pés (S)

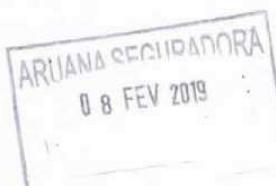
Diagnóstico: Ex de sangue do estômago (S)?

Localização da dor:

Horário da observação clínica por:

horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar.

Assinatura: Dr. Valdeban Carvalho Jr
CRM: 17692
Médico CRN: 00046390960013
CRF/SC 19908





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: EDVALDO JOSE DOS SANTOS
Data: 08/04/2019

16 DIAS DE RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE DE RADIO DISTAL
ESQ.
RX : FRATURA CONSOLIDADA
DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO : FLEXÃO 40 GRAUS,
EXTENSÃO : 20 GRAUS
CD : RETIRAR PONTOS
CID : S52
CD : FISIOTERAPIA

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM:14861

ARUANA SECRETARIA
26 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573443300000046724482>
Número do documento: 19070514573443300000046724482

Num. 47448254 - Pág. 3

Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente:	EDVALDO JOSE DOS SANTOS	Reg.:	617388	Pront.:	1155807
Telefone:	81996671287	Dt. Nasc.:	26/06/1977	RG:	5627953
Titular:	EDVALDO JOSE DOS SANTOS	Matríc:			
Unidade:	ENFERMARIA SÃO LUIZ	Leitos:	LEITO E3		
IH No.:	1	Admissão:	13/12/2018 17:58	Convênio:	RETAGUARDA GETULIO
CID:	S525	OS:			
Data/Hora:	15/12/2018 07:50				

Exames Solicitados:

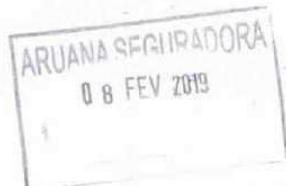
- 1) RX PUNHO ESQ - AP/LAT/OBLIGUAS

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO

CRM: 6218



Dr. Azarias Salgado de Vasconcelos
CRM: 6218



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: EDVALDO JOSE DOS SANTOS

Reg.: 617388

Pront.: 1155807

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 26/06/1977

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 41

Admissão: 13/12/2018 17:58

Alta: 18/12/2018 12:02

Admissão:

FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	13/12/2018 17:58	18/12/2018 12:02	5 dia(s)

Orientação:

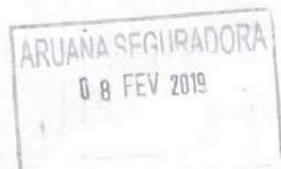
- 1) Agendar retorno para Drº REINALDO MENDES para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

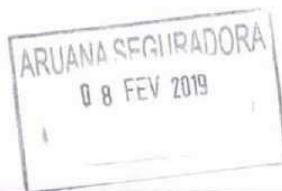


Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573443300000046724482>

Número do documento: 19070514573443300000046724482

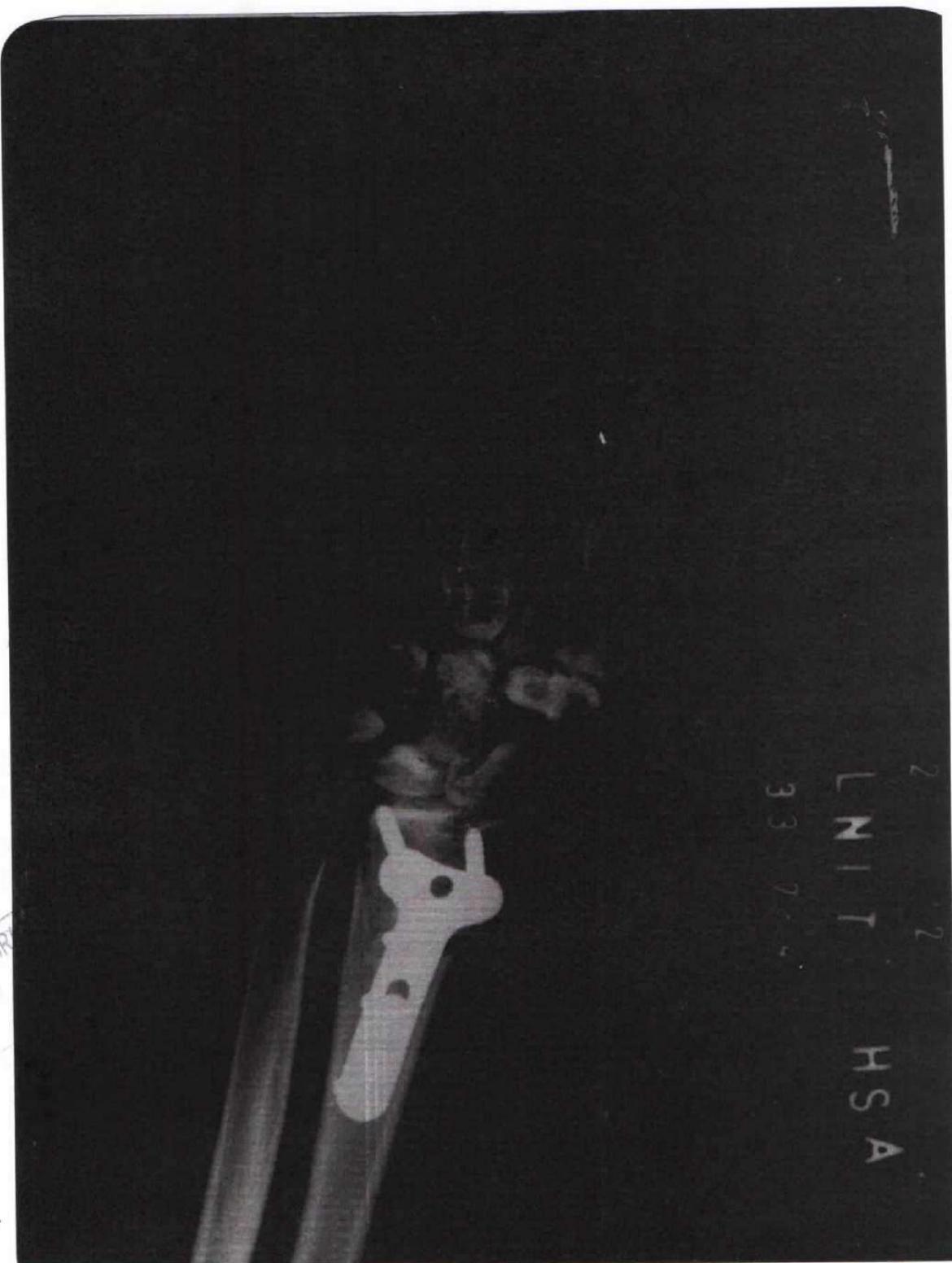
Num. 47448254 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573443300000046724482>
Número do documento: 19070514573443300000046724482

Num. 47448254 - Pág. 6

ARUANA SEGUROADOR
08 FEV 2019



Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573443300000046724482>
Número do documento: 19070514573443300000046724482

Num. 47448254 - Pág. 7



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Instituto Nacional do Seguro Social

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Página 1 de 1

Comunicação de Decisão

04/04/2019 11:17:19

NIT: 126.36585.45-3

Número do Benefício: 626.108.256-5

Espécie: 31

Número do Requerimento: 193701618

Ao Sr. (a): EDVALDO JOSE DOS SANTOS

Endereço: CONDADO 25B LO SAO ROQUE, CENTRO

CEP: 55.940-000

Município: CONDADO

UF: PE

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 28/03/2019, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício. O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 02/10/2019. Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br. Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016. Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: OLINDA

Endereço: AV DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA 1600 , CASA CAIADA

CEP: 53.130-410

Município: OLINDA

UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, 2 de Abril de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>
com o código 190404QLQEVS29



Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573443300000046724482>
Número do documento: 19070514573443300000046724482

Num. 47448254 - Pág. 8



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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190113052 Vítima: EDVALDO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), EDVALDO JOSE DOS SANTOS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14322011

Pag. 01143/01144 - carta_07 - INVALIDEZ



00070572



Assinado eletronicamente por: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA - 05/07/2019 14:57:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070514573452700000046724483>
Número do documento: 19070514573452700000046724483

Num. 47448255 - Pág. 1