

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
19 AGO 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Djalma Dias Lima

RG: 8948628, data de expedição 18/03/2010
Órgão SOS, portador do CPF 119.570.764-44, com

domicílio na cidade de Vitória de Santo Antão, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua. São Lucas Jardim Ipiranga, nº 34

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 Augusto Gomes Monteiro, cujo o condutor era Djalma Dias Lima.

Veículo: MOTO

Modelo: XJ6

Ano: 2013

Placa: NAB-3212

Chassi: 9EBKJ00600003618

Data do Acidente: 22-12-2018

Local e data do cartório: Vitória - PE, 18/01/2019

DJALMA DIAS LIMA

Assinatura do Declarante

DJALMA DIAS LIMA

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

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
08 MAI
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 JUN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I

CARTÓRIO JOÃO VALOIS - 2º OFÍCIO - PRIVADO
Rua Joaquim Nabuco, 105 - Recife - CEP: 51020-000 - Caixa Postal 58 - Recife - PE
Fone/Fax: 31 3323.7777 Fone: 31 3323.3400 E-mail: cartorio@joaovalois.com.br

Reconheço a firma por autenticidade de DJALMA DIAS LIMA, do PE.

Em testemunho da verdade Dst: R\$ 5,99
TST: R\$ 0,00
Total R\$ 5,99

Marcos Antonio Carvalho de Melo
Tabelião Substituto
Selo Digital N. 9073650.UPL1201801.03698
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Op: SOLANIA 18/01/2019 15:15:27

SELO DE FISCALIZAÇÃO
CARTÓRIO JOÃO VALOIS - 2º OFÍCIO - PRIVADO

Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO**Nº registro:** 580075**Dt. Nasc.:** 12/04/93 - 25 ano (s)**Sexo:** Feminino**Mãe:** LAUDIANE GOMES DA SILVA**Fone:** 8192719932**Endereço:** R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE**Data/hora:** 22/12/2018 - 14:17**Nº pág.:** 1/1**Setor:** Leito:

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APÓS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA HOJE.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR. + EDEMA RESIDUAL. + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.



CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO**Dt. Nasc.:** 12/04/93 - 25 ano (s)**Mãe:** LAUDIANE GOMES DA SILVA**Nº registro:** 580075**Sexo:** Feminino**Fone:** 8192719932**Endereço:** R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE**Data/hora:** 22/12/2018 - 16:16**Nº pág.:** 1/1**Setor:** Leito:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 140 X 70 **Temperatura:** **HGT:****Altura:** **Peso:**

ANAMNESE DO MÉDICO

RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR. + EDEMA RESIDUAL. + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO | FRATURA DE

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

RX PUNHO

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Getulio Vargas**Motivo:** Tratamento Cirúrgico**Senha:** 5582500

CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

NOME: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
DATA: 17/05/2019

LAUDO

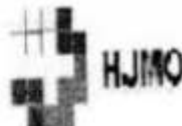
FRATURA DO RADIO DISTAL ESQ, HA 04 MESES, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, NO MOMENTO, FRATURA CONSOLIDADA, ENCONTRA-SE DE ALTA MEDICA, SEM QUEIXAS.

S525


Dr. Daniel Barreto de Matos Nobre
CRM: 19433

Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM: 19433





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s)
Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Nº registro: 580075
Sexo: Feminino
Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 22/12/2018 - 14:17
Setor: Leito: Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APOS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA HOJE.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL
Peso: Kg Altura: m SPO₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

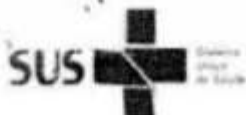
RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR. + EDEMA RESIDUAL. + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Nº registro: 580075

Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 22/12/2018 - 16:16

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 140 X 70 Temperatura: HGT:

Altura: Peso:

ANAMNESE DO MÉDICO

RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR + EDEMA RESIDUAL + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO | FRATURA DE

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

RX PUNHO

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

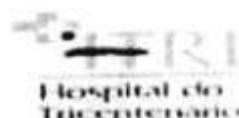
Local: Hosp. Getúlio Vargas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5582500



CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO



Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s)
Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Nº registro: 580075
Sexo: Feminino
Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 22/12/2018 - 14:17
Setor: Leito:

Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ . }

PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APOS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA HOJE.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg **Temp:** °C **HGT:** mg/dL
Peso: Kg **Altura:** m **SP O₂:** %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

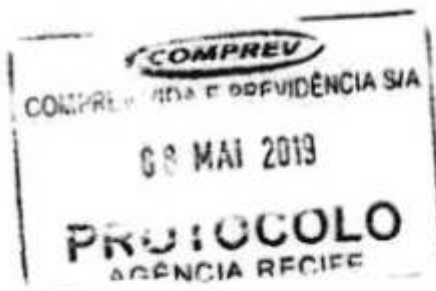
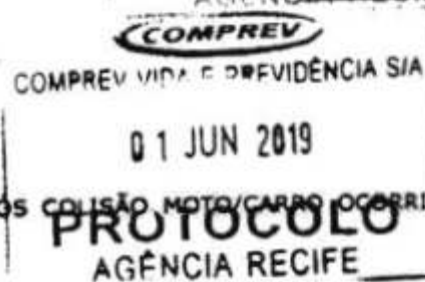
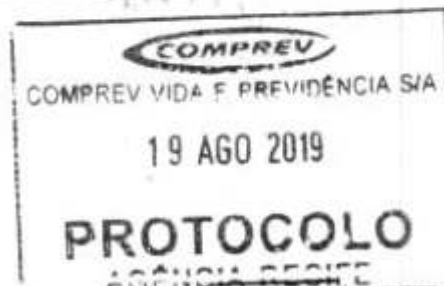
RESULTADOS DE EXAMES:

RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR, + EDEMA RESIDUAL, + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Nº registro: 580075

Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano(s)

Sexo: Feminino

Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 22/12/2018 - 16:16

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 140 X 70 Temperatura: HGT:

Altura: Peso:

ANAMNESE DO MÉDICO

RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR. + EDEMA RESIDUAL. + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO | FRATURA DE

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

RX PUNHO

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Getulio Vargas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5582500



CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s)

Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Nº registro: 580075

Sexo: Feminino

Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 22/12/2018 - 14:12

Setor: Leito:

Nº pág.: 1/1

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:



PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APÓS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA HOJE.

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg

Temp: °C

HGT: mg/dL

Peso: Kg

Altura: m

SP O₂: %

Observação:

Classificação de Risco:

Encaminhado para:

Especialidade:

NÃO URGENTE - VERDE

CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA

TRAUMATOLOGIA



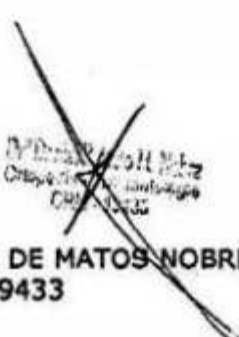
COREN: 500715
TAMIRIS GOMES DA SILVA

NOME: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
DATA: 17/05/2019

LAUDO

FRATURA DO RADIO DISTAL ESQ, HA 04 MESES, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, NO MOMENTO, FRATURA CONSOLIDADA, ENCONTRA-SE DE ALTA MEDICA, SEM QUEIXAS.

S525


Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM: 19433





CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO MENS SANA

Rua Ubirajara Ribeiro Mindêlo Filho, 77
São Miguel - CEP: 56509-385 - Arcoverde/PE
87 3822.5066

Receituário

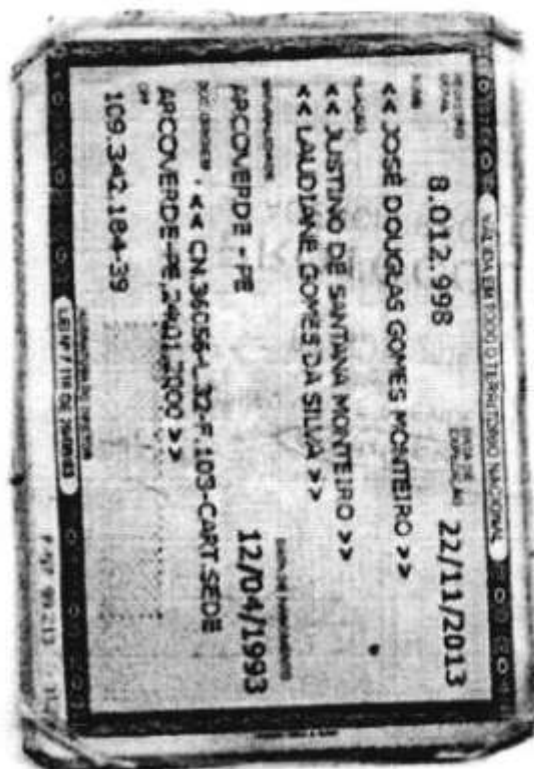
Declaro para os devidos fins que o paciente José Douglas Gomes Monteiro, foi admitido nesta instituição para atendimento em fisioterapia motora em 08/04/19, sendo realizada duas sessões semanalmente.

Recebendo alta da fisioterapia diante de objetivos traçados e alcançados em 03/05/19.

10/06/19

Liz Beatriz Cerqueira
Fisioterapeuta
PROFISSIONAL 160991-F





Comprev

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 013727740638

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COB. RENAVAM RUA TRC EXERCÍCIO
1 526118849 ***** 2018

DJALMA DIAS LIMA

VIT. 3TO ANTÃO-PE 0

119.170.764-44 PLACA NQB3212

NQB3212 / PE 9C6KJ0060D0001618

PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

YAMAHA / XJ6 N ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

2P/595CL CATEGORIA PARTIC COB. PREDOMINANTE CINZA

IPVA 2018 QUITADO 1º VENC. / QUITAS 1º *****

FAVIA / PVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2º *****

SEGURO PAGO 3º *****

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

VIT. 3TO ANTÃO DATA 16/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727740638 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DJALMA DIAS LIMA

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

VIT. 3TO ANTÃO-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 16/02/18

1 119.170.764-44 PLACA NQB3212

526118849 YAMAHA / XJ6 N MARCA / MODELO

2012 09 9C6KJ0060D0001618 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

VIT. 3TO ANTÃO DATA 16/02/18

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.346.490/0001-54

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN-PE Nº 013727740638
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDS-RENAVAL
1 526110049
RNTA-C *****
EXERCÍCIO 2016

DJALMA DIAS LIMA

VIT-3TO ANTO-PE

119.170.764-44

NOB3212 /PB 9C6KJ0060D0001616

PAS /MOTOCICLETA

YAMAHA/XJ6 N

2P/599CL

IPVA 2016 QUITADO

SEM RESERVA

SEGURO PAGO

VIT-3TO ANTO

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

16/03/16

DATA

DETRAN

CONTINUA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727740638 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DJALMA DIAS LIMA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradorsilider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIT-3TO ANTO-PE

1 119.170.764-44

NOB3212

YAMAHA/XJ6 N

9C6KJ0060D0001616

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.246.804/0001-04

DETRAN-PE

16/03/16

DATA



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

01 JUN 2019

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

19 AGO 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FED. DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013727740638

1 326118849

2018

DJALMA DIAS LIMA

VIT-370 ANTIO-PE

119.170.764-44

NOB3212

NOB3212 / 25 9C6R3060D0001610

RAE /MOTOCICLETA

GASOLINA

YAMAHA/X36 N

2012 2012

25/595CL

PARTIC

CINEMA

18VA 2018 QUITADO

1 2 3

1

2

3

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

SEM RESERVA

SEM RESERVA

VIT-370 ANTIO

VIT-370 ANTIO

VIT-370 ANTIO

16/03/19

16/03/19

16/03/19

Carla de Oliveira
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES EM VIA TERRESTRE DE OBRIGATORIA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS POR VEICULO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727740638 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DJALMA DIAS LIMA

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 1804

VIT-370 ANTIO-PE

2018 16/03/19

1 119.170.764-44

NOB3212

326118849

YAMAHA/X36 N

2012 09

9C6R3060D0001610

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

COISA ÚNICA

COISA ÚNICA

SEURADORA LIDER - DPVAT

COMP. DE DANOS PESSOAIS

SESTAGOS E COLARES O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE FORÇA OBRIGATORIO



Ao Sr. Analista

Sinistro: 3190/313769

.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho REQUERER reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3190/313769 tendo em vista está apresentando LAUDOS onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VÍTIMA: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF: 109.342.184-39



Ao Sr. Analista

Sinistro: 3190/404170

.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3190/404170 tendo em vista está apresentando LAUDOS onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF: 109.342.184-39



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190487664 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

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: P.1(BAM) P.4(RELATÓRIO) SINISTROS ANTERIORES (3190313769 E 3190404170) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (15/05/2019 E 04/07/2019).

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: 3190487664 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

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: P.1(BAM) P.4(RELATÓRIO) SINISTROS ANTERIORES (3190313769 E 3190404170) COM MESMA DATA DE ACIDENTE DE SINISTRO ATUAL: SEM SEQUELA PELA AMD (15/05/2019 E 04/07/2019).

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155163/19

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF: 109.342.184-39

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: JOSE DOUGLAS GOMES
MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO : 109.342.184-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 08/05/2019
Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
CPF: 109.342.184-39

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219718/19

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF: 109.342.184-39

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: JOSE DOUGLAS GOMES
MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO : 109.342.184-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 01/07/2019
Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
CPF: 109.342.184-39

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155163/19

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

CPF: 109.342.184-39

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: JOSE DOUGLAS GOMES
MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO : 109.342.184-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 08/05/2019
Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
CPF: 109.342.184-39

JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487664

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190487664

Vítima: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 17/05/2019, emitido pelo Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE CRM nº 19433 - PE, da Instituição SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:
	109.342.184-39	Jose Douglas Gomes Monteiro
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jose Douglas Gomes Monteiro	109.342.184-39	
Profissão:	Endereço:	Número:
Relaxador	Rua Eurico Valear	1303
Bairro:	Cidade:	Estado:
Itaeramento	Vitoria de Santo Antao	PE
E-mail:	CEP:	Tei (DDD):
	55602-270	810.96684814

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ 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: 0048 CONTA: 38612 3

(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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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.

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: _____ Vítima deixou nascituro (val 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.

Local e Data: Vitoria de Santo Antao 08/04/10

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Jose Douglas Gomes Monteiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

003-899625307-1

03/JAN/2019

HORA DE 17:53:29

LOT. 15.003041-0
LOCALIDADE: VITORIA DE SANTO ANTAO
AG. VINCULADA: 0626

ITEM 010204

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0048.00038512-3

NOME: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEI

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE
10/12

053 SALDO

749,91 C



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: 109.342.184-39 Nome completo da vítima: Jose Douglas Gomes Monteiro
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Jose Douglas Gomes Monteiro CPF: 109.342.184-39
Profissão: Recebe-se Endereço: Rua Eurico Valear Número: 1303 Complemento: _____
Bairro: Itaeramento Cidade: Vitoria de Santo Antao Estado: PE CEP: 55602-270
E-mail: _____ Tel (DDD): 019.96684814

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (101)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 38612 3
(informar o dígito se existir) (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.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 no laudo apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não implica em qualquer responsabilidade futura da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

01 JUN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECEBE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ 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.

Local e Data: Vitoria de Santo Antao 08/04/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Douglas Gomes Monteiro
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

COMPREV RECIFE
58040000
V. 000000
C. 000000

003-899625007-1

03/06/2019

HORA DE 17:53:29

LOT. 15.000041-0

TECM 010204

LOCALIDADE: VITORIA DE SANTO ANTAO
AG. VINCULADA: 0076

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0048.00038012-3

NOME: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEI

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE
18/12

053 SALDO

749,91 €

COMPREV
COMPREV UN. E ORFVIDENCIA SIA
01 JUN 2019
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0151000261**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/01/2019** às **15:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/12/2018** às **13:45**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 0001, AV. HENRIQUE DE HOLANDA, DEPOIS DA LOJA DA HONDA, BAIRRO ALTO JOSÉ LEAL - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DJALMA DIAS LIMA (OUTRO)
JOSÉ DOUGLAS GOMES MONTEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DJALMA DIAS LIMA

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

JOSÉ DOUGLAS GOMES MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA Pai: JUSTINO DE SANTANA MONTEIRO Data de Nascimento: 12/4/1993 Naturalidade: ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8012998/SDS/PE (RG), 10934218439 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: GARCOM
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 1300, RUA EURICO VALOIS, BAIRRO LIVRAMENTO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL.**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

DJALMA DIAS LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VERA LÚCIA DIAS Pai: DJALMA BERNARDO DE LIMA Data de Nascimento: 5/6/1995 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8948628/SDS/PE (RG), 11917076444 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 14, RUA SÃO LUCAS, BAIRRO JARDIM IPIRANGA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DJALMA DIAS LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DJALMA DIAS LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XJ6 N** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NQB3212** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Renavam: **526118849** Chassi: **9C6KJ0060D0001618**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE VINHA DE CARONA NA MOTO CITADA PILOTADA POR UM AMIGO QUE IA DEIXA-LO EM CASA QUANDO NO ENDEREÇO CITADO NA SUBIDA DO BAIRRO ALTO JOSÉ LEAL A MOTO CONDUZIDA PELO AMIGO DA VITIMA FOI FECHADA POR UM CARRO QUE SEM TEMPO PARA DESVIAR VEIO A COLIDIR COM ESSE VEICULOS E OS DOIS VIERAM AO CHÃO MAS SOMENTE A VITIMA FICOU FERIDA QUEBRANDO O PUNHO ESQUERDO SEU AMIGO PILOTO NADA SOFREU O MOTORISTA DO CARRO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR QUALQUER TIPODE SOCORRO A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE O LEVARAM ATÉ O HOSPITAL LOCAL JOÃO MURILO DE LÁ DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO FOI TRANSFERIDO PARA SANTA CASA EM RECIFE CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DESSAS UNIDADES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

x José Douglas Gomes Monteiro

JOSÉ DOUGLAS GOMES MONTEIRO
(VITIMA)

DJALMA DIAS LIMA
(OUTRO)

x DJALMA DIAS LIMA

B.O. registrado por: **EDILSON SANTANA DA SILVA** - Matrícula: **220917-9**

Edilson Santana da Silva
Edilson Santana da Silva
Comissário Especial de Polícia
Mat. 220.917-9





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC DINTER1/12ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0151000261

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/01/2019** às **15:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/12/2018** às **13:45**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 0001, AV. HENRIQUE DE HOLANDA, DEPOIS DA LOJA DA HONDA, BAIRRO ALTO JOSÉ LEAL - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
DJALMA DIAS LIMA (OUTRO)
JOSÉ DOUGLAS GOMES MONTEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DJALMA DIAS LIMA**



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

JOSÉ DOUGLAS GOMES MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA Pai: JUSTINO DE SANTANA MONTEIRO Data de Nascimento: 12/4/1993 Naturalidade: ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8012998/SDS/PE (RG), 10934218439 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: GARÇOM
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 1300, RUA EURICO VALOIS, BAIRRO LIVRAMENTO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

DJALMA DIAS LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VERA LÚCIA DIAS Pai: DJALMA BERNARDO DE LIMA Data de Nascimento: 5/6/1995 Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8948628/SDS/PE (RG), 11917076444 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 14, RUA SÃO LUCAS, BAIRRO JARDIM IPIRANGA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DJALMA DIAS LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DJALMA DIAS LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XJ6 N** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **NQB3212** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Renavam: **526118849** Chassi: **9C6KJ0060D0001618**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE VINHA DE CARONA NA MOTO CITADA PILOTADA POR UM AMIGO QUE IA DEIXA-LO EM CASA QUANDO NO ENDEREÇO CITADO NA SUBIDA DO BAIRRO ALTO JOSÉ LEAL A MOTO CONDUZIDA PELO AMIGO DA VITIMA FOI FECHADA POR UM CARRO QUE SEM TEMPO PARA DESVIAR VEIO A COLIDIR COM ESSE VEICULOS E OS DOIS VIERAM AO CHÃO MAS SOMENTE A VITIMA FICOU FERIDA QUEBRANDO O PUNHO ESQUERDO SEU AMIGO PILOTO NADA SOFREU O MOTORISTA DO CARRO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR QUALQUER TIPODE SOCORRO A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE O LEVARAM ATÉ O HOSPITAL LOCAL JOÃO MURILO DE LÁ DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO FOI TRANSFERIDO PARA SANTA CASA EM RECIFE CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DESSAS UNIDADES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

x José Douglas Gomes Monteiro

JOSÉ DOUGLAS GOMES MONTEIRO
(VITIMA)

DJALMA DIAS LIMA
(OUTRO)

x DJALMA DIAS LIMA

B.O. registrado por: **EDILSON SANTANA DA SILVA** - Matrícula: **220917-9**

Edilson Santana da Silva
Comissário Especial de Polícia
Mat. 220.917-9



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:
	109.342.184-39	Jose Douglas Gomes Monteiro
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jose Douglas Gomes Monteiro	109.342.184-39	
Profissão:	Endereço:	Número:
Relaxador	Rua Eurico Valear	1303
Bairro:	Cidade:	Estado:
Itaeramento	Vitoria de Santo Antao	PE
E-mail:	CEP:	Tei (DDD):
	55602-270	810.96684814

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ 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: 0048 CONTA: 38612 3

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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.

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Vitoria de Santo Antao 08/04/10

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Jose Douglas Gomes Monteiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

003-899625307-1

03/JAN/2019

HORA DE 17:53:29

LOT. 15.003041-0
LOCALIDADE: VITORIA DE SANTO ANTAO
AG. VINCULADA: 0626

ITEM 010204

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0048.00038512-3

NOME: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEI

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE
10/12

053 SALDO

749,91 C

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: **109.342.184-39** Nome completo da vítima: **Jose Douglas Gomes Monteiro**

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

Nome completo: **Jose Douglas Gomes Monteiro** CPF: **109.342.184-39**

Profissão: **Recebe-se** Endereço: **Rua Eurico Valear** Número: **1303** Complemento: _____

Bairro: **Itaeramento** Cidade: **Vitoria de Santo Antao** Estado: **PE** CEP: **55602-270**

E-mail: _____ Tel (DDD): **019.96684814**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: **0048** CONTA: **38612** **3**

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda 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 no laudo apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não implica em qualquer responsabilidade futura da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

01 JUN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECEBE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: **Vitoria de Santo Antao 08/04/19**

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Jose Douglas Gomes Monteiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 109.342.184-39 Nome completo da vítima: Jose Douglas Gomes Monteiro

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

Nome completo: Jose Douglas Gomes Monteiro CPF: 109.342.184-39

Profissão: Relacionado Endereço: Rua Eurico Vilela Número: 1303 Complemento: _____

Bairro: Leitão Cidade: Vitoria de Santo Antão Estado: PE CEP: 55602-270

E-mail: _____ Tel (DDD): 810.96684814

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ 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: 0048 CONTA: 38612 3

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 reconhecimento da invalidez do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda 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, conforme a legislação aplicável, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não prejudica a futura avaliação médica ou sentença ao direito de indenização, caso decorra do seu conteúdo.

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 JUN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: Vitoria de Santo Antão 08/10/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A NOGO

Jose Douglas Gomes Monteiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: 19 AGO 2019 CPF: _____

PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, 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.

Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Nº registro: 580075

Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 22/12/2018 - 14:12

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APÓS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA HOJE.

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg Temp: °C HGT: mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

Classificação de Risco:

NÃO URGENTE - VERDE

Encaminhado para:

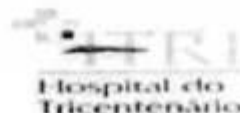
CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

TRAUMATOLOGIA



COREN: 500715
TAMIRIS GOMES DA SILVA



Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Nº registro: 580075

Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 22/12/2018 - 14:12

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:



PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APÓS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA HOJE.

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg **Temp:** °C **HGT:** mg/dL

Peso: Kg **Altura:** m **SP O₂:** %

Observação:

Classificação de Risco:

NÃO URGENTE - VERDE

Encaminhado para:

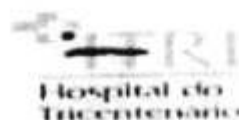
CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

TRAUMATOLOGIA



COREN: 500715
TAMIRIS GOMES DA SILVA



Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO
Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano (s)
Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Nº registro: 580075
Sexo: Feminino
Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 22/12/2018 - 14:17
Setor: Leito:

Nº pág.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

{ . }

PACIENTE REFERE, DOR E EDEMA EM PUNHO ESQ E MID, APOS COLISÃO MOTO/CARRO OCORRIDA HOJE.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 90 mmHg **Temp:** °C **HGT:** mg/dL
Peso: Kg **Altura:** m **SP O₂:** %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

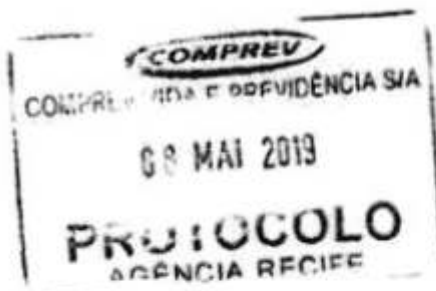
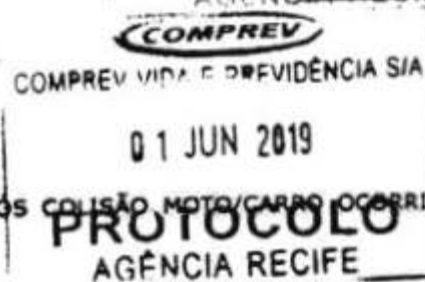
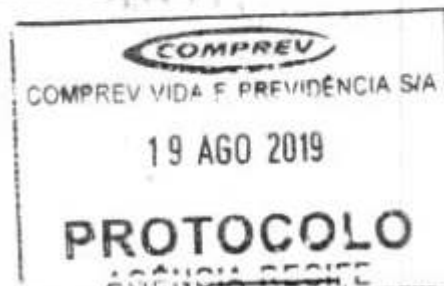
RESULTADOS DE EXAMES:

RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR, + EDEMA RESIDUAL, + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO





Nome: JOSE DOUGLAS GOMES MONTEIRO

Nº registro: 580075

Dt. Nasc.: 12/04/93 - 25 ano(s)

Sexo: Feminino

Mãe: LAUDIANE GOMES DA SILVA

Fone: 8192719932

Endereço: R EURICO VALOIS, nº 1300, LIVRAMENTO. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 22/12/2018 - 16:16

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 140 X 70 Temperatura: HGT:

Altura: Peso:

ANAMNESE DO MÉDICO

RX DO PUNHO ESQ COM LESSAO DO RADIO ESQ COMINUTIVA COM DESNIVEL ARTICULAR. + EDEMA RESIDUAL. + TALA GESSADA + TIPO LUVA. FRATURA COMINUTIVA JUSTA ARTICULAR DO RADIO ESQ COM DESVIO DE EIXO + TALA GESSADA TIPO LUVA + TRATAMENTO ELETIVO E CONDUTA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO: | FRATURA DE

CONDUTA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

RX PUNHO

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Getulio Vargas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5582500



CRM: 3506
Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente audível 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

MARIA JOSE DOS SANTOS
PROX A ASSEMBLEIA DE DEUS DO MAUES
CPF: 573.100.504-44

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA EURICO VALOAR 1303

LIVRAMENTO VITÓRIA DE SANTO ANTAO
55402-270 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE

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

DATA DE VENCIMENTO

10/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/04/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
03/04/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
056501611

CONTA CONTRATO

000143925013

Nº DO CLIENTE
2001963202

Nº DA INSTALAÇÃO
0004023257

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

261F.CB03.38C1.F466.F1DA.4314.5AFE.1C38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	113,00	0,77358892	87,39
Contrib. Sum. Pública Municipal			5,36
ICMS Subvenção-CDE-NF 945197801-04/01/19			0,86
PRO-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 631 8969			3,00
TOTAL DA FATURA			96,61

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
87,39	25,00	21,84	87,39	1,35	1,17	87,39	6,21	5,42

PROTÓCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156900

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
10,30	19,16
3,30	4,48
16,38	35,68
4,76	5,34
28,46	32,55
3,74	5,37
67,30	100

Perdas de Energia

TOTAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000000000294	CAT	07/03/2019	2.814,00	03/04/2019	2.127,00	27	1,00000	0,00	113,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/05/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
Set/2018					
DIC-Nº de horas sem Energia	VITÓRIA DE SANTO	0,00	5,79	11,58	23,16
PIC-Nº de vezes sem Energia	ANTAO	0,00	3,30	6,60	13,20
DWC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,04	0,00
DIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DIC: 12,22
EURO-Valor de Encargo de Uso = R\$ 31,11					
Nota: Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, PFC, DWC e DICR e qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você e correios wagner: avenida mariana amalia matris / original comercial
farmaceutica: rua primitivo de miranda 197 centro lista completa em www.celpe.com.br
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 28.489/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%/Res414/ANEEL. Juros 1%a.m(Lai 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.

NÍVEL 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
000143925013	04/2019	0,00	10/04/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Djalma Dias Lima,
RG: 8948628, data de expedição 28 / 03 / 2010
Órgão SOS, portador do CPF 119.570.764-44, com
domicílio na cidade de Vitória de Santo Antão, no Estado de
Pernambuco, onde residu na (Rua/avenida/estrada)
Rua. São Lucas Jardim Ipiranga, nº 34,
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 Fax Douglas Gomes Monteiro,
cujo o conduto era Djalma Dias Lima.

Veículo: MOTO

Modelo: XJ6

Ano: 2013

Placa: NAB-3212

Chassi: 9ebKJ00600003638

Data do Acidente: 23-12-2018

Local e data do cartório: Vitória - PE, 18/01/2019

DJALMA DIAS LIMA 

Assinatura do Declarante

DJALMA DIAS LIMA

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

 **CARTÓRIO JOÃO VALOIS - 2º OFÍCIO - PRIVATIVO DE SERVIÇO**
Rua Joaquim Nabuco, 309 - Muro - CEP: 55012-450 - Caixa Postal 96 - Vitória de Santo Antão - PE
Fone/Fax: 81 3523.6332 Fone: 81 3523.6480 - e-mail: cartoriojoaovalois@vsk.com.br / cartoriojoaovalois.com.br

Reconheço a firma por autenticidade de:
DJALMA DIAS LIMA, do(a) Declarante.

Em testemunho da verdade, Custas R\$ 3,99
TSR R\$ 0,99
Total R\$ 4,98

Marcos Antonio Carvalho de Melo
Tabelião Substituto
Selo Digital N. 0073450.UML1201801.03698
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Op: SOLANIA 18/01/2019 15:15:27



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Djalma Dias Lima,

RG: 8948628, data de expedição 18/03/2010

Órgão SDS, portador do CPF 119.570.764-44, com

domicílio na cidade de Vitória de Santo Antão, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Rua São Lucas Jardim Ipiranga, nº 14

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 Jose Douglas Gomes Monteiro,

cujo o conduto era Djalma Dias Lima.

Veículo: MOTO

Modelo: XJ6

Ano: 2013

Placa: NAB-3212

Chassi: 9ebKJ00600003618

Data do Acidente: 22-12-2018

Local e data do cartório: Vitória - PE, 18/01/2019

DJALMA DIAS LIMA

Assinatura do Declarante

DJALMA DIAS LIMA

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I

CARTÓRIO JOÃO VALOIS - 2º OFÍCIO - PRIVATIVO
Rua Joaquim Nabuco, 308 - Moura - CEP: 55012-000 - Caixa Postal 96 - Vitória de Santo Antão - PE
Fone/Fax: 81 3523 8730 Fone: 81 3523 0480 e-mail: cartorio@joaovalois.com.br

Reconheço a firma por autenticidade de
DJALMA DIAS LIMA, do(a) PE.

Em testemunho da verdade. Custas R\$ 2,99
TSN R\$ 0,99
Total R\$ 4,99

Marcos Antonio Carvalho de Melo
Tabelião Substituto
Selo Digital N. 9073450.UML1201801.03698
Consulte autenticidade em www.tipejus.br/selodigital
Ops: SULAMIA 18/01/2019 15:13:27

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

COMPREV
COMPREV - CIDA E PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE