



Número: **0000044-65.2020.8.17.2460**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Carnaíba**

Última distribuição : **31/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (AUTOR)	LAURINDO ANTONIO DE MEDEIROS NETO (ADVOGADO) JOHN LENON PEREIRA DE LIMA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62435 801	25/05/2020 15:14	2723006_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARNAIBA/PE

Processo: 00000446520208172460

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **20/05/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/06/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142096600000061310394>
Número do documento: 20052515142096600000061310394

Num. 62435801 - Pág. 1

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

¹"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Friza-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. É exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada IMPROCEDENTE.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.



A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Friza-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

²RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵art. 1º. (...)

⁵2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CARNAIBA, 22 de maio de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoabarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142096600000061310394>
Número do documento: 20052515142096600000061310394

Num. 62435801 - Pág. 5

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **CARNAIBA**, nos autos do Processo nº 00000446520208172460.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142096600000061310394>
Número do documento: 20052515142096600000061310394

Num. 62435801 - Pág. 8



Número: **0000044-65.2020.8.17.2460**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Carnaíba**

Última distribuição : **31/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (AUTOR)	LAURINDO ANTONIO DE MEDEIROS NETO (ADVOGADO) JOHN LENON PEREIRA DE LIMA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
62435 806	25/05/2020 15:14	<u>ANEXO 1</u>

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE REGINHO DOS SANTOS

RG nº 4184744, data de expedição 11/11/1971 Órgão SDS

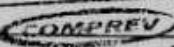
CPF nº 755 372-724-20 em perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ANTÔNIO SALVADOR DE ARAUJO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>Quixá BA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56828-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9534-0574</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Ruap-PE 13/junho/2018

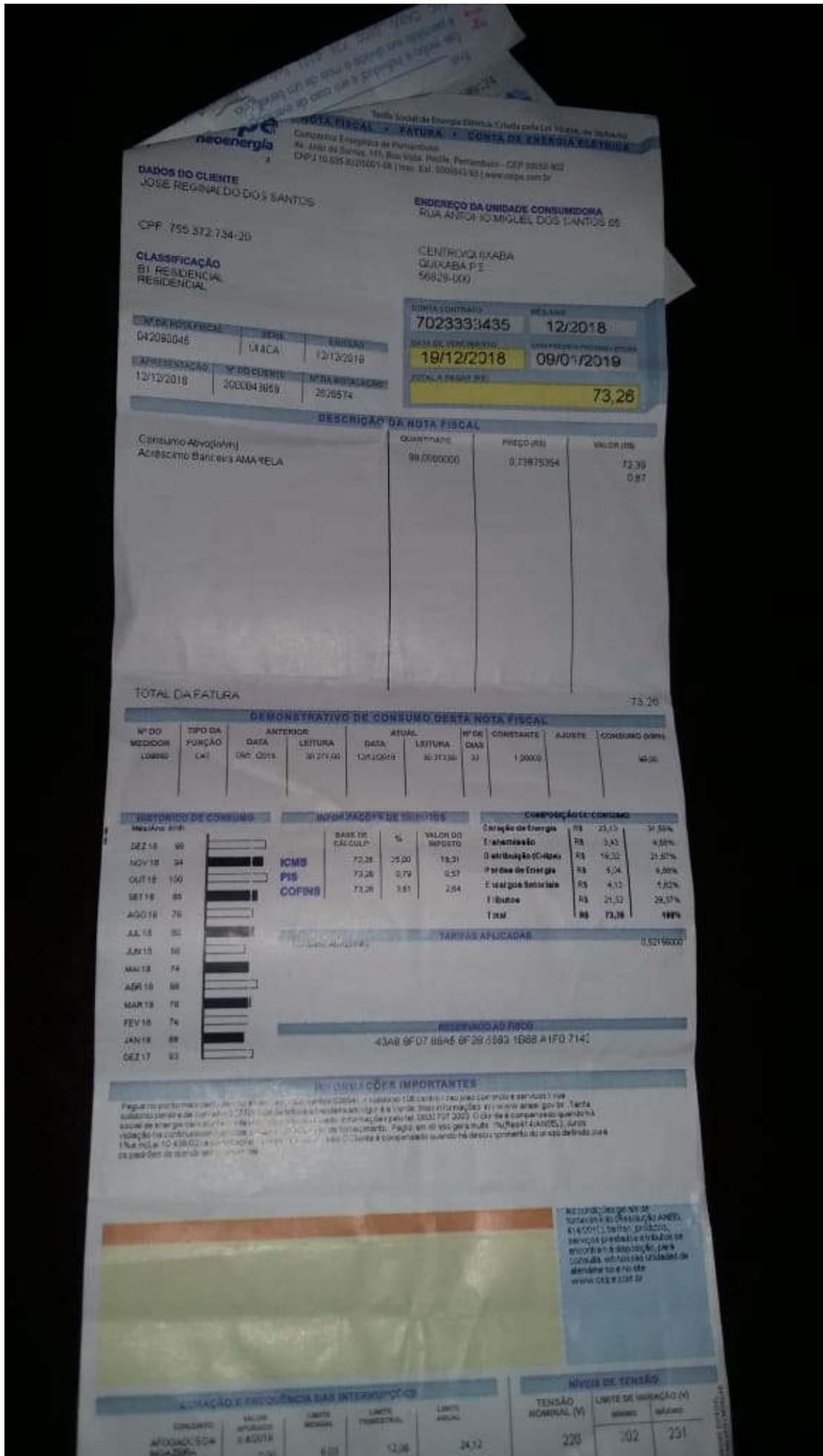

COMPROVANTIA SIA

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Declarante: Jose Reginho dos santos







ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 35.445.527/0001-04

Rua Padre Maciel, 286 – Centro – Quixaba-PE. CEP 56828-000 Fone n.º (87) 3854-8102 – E-mail: ssquo@bol.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, e a quem interessar, que o Sr.JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS, portado do CPF:755.372.734-20, RG:4.184.744 SDS-PE, residente na Rua Placido Pereira Nunes s/n. vitima de acidente automobilístico (Moto), ocorrido no dia 20/05/2018 na Rua Antônio Salvador de Araújo, s/n foi Transferido do local com à Ambulância Placa klt 2310 do Centro Médico Maria Alves dos Santos,localizado na cidade Quixaba-PE. e encaminhado ao Hospital Regional de Afogados da Ingazeira,

Por ser expressão da verdade, firmo-me assinando abaixo,

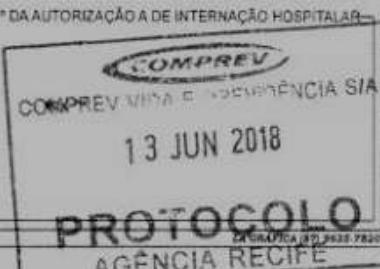
Quixaba, em 21 de Maio de 2018.


Maria das Graças Miguel
DIRETORA
Mat. 866

CENTRO MÉDICO
MARIA ALVES DOS SANTOS
CNES: 2347652
QUIXABA-PE



Confer. 1003.02/007/2018

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria de Saúde de Pernambuco	HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Y. R. E.C		2 - CNES Y. R. E.C		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Y. R. E.C		4 - CNES Y. R. E.C		
Identificação do Paciente				
5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS) Jose Reinaldo dos Santos		6 - SIS PRENATAL MM 171		7 - SENHA/REGULAÇÃO 87947
8 - NOME DO PACIENTE Jose Reinaldo dos Santos		9 - DATA DE NASCIMENTO 00/00/00		10 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Amélia dos Sosseos dos Santos				12 - N.º DO TELEFONE DE CONTATO 000-0000
13 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO) Rua Flávio Pereira Nunes				
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Caruaru - PE		15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 11		16 - UF PE
17 - CEP 56000-000				18 - CEP 56000-000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO <p><i>Presente visita de saúde preventiva. Visita com data de 00/00/00, com 20 dias de idade. Atenção ao exame físico: pressão arterial 120/80. Abdomen: abdome flesco. Pupila: dilatada e fixa. Pupila: dilatada e fixa.</i></p>				
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p><i>Exame clínico + Rx de fígado</i></p>				
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <p><i>Transtorno fisiológico + fisiológico</i></p>		22 - CID 10 PRINCIPAL <p><i>T818</i></p>		
23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS <p><i>Abdome flesco + fígado flesco</i></p>		24 - CID 10 SECUNDÁRIO <p><i>T818</i></p>		
		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <p><i>0105720140174</i></p>		
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <p><i>Tomografia abdominal</i></p>		27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <p><i>0105720140174</i></p>		
28 - CLÍNICA <input checked="" type="checkbox"/>		29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <p><i>temporária</i></p>		
30 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		31 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <p><i>0105720140174</i></p>		
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <p><i>Dr. Francisco Gómez Gómez</i></p>		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <p><i>20/05/2018</i></p>		
		34 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO <input checked="" type="checkbox"/>		36 - CNPJ DA SEGURADORA <p><i></i></p>		
36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO <input type="checkbox"/>		37 - CNPJ DA EMPRESA <p><i></i></p>		
37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO <input type="checkbox"/>		38 - CNAE DA EMPRESA <p><i></i></p>		
39 - N.º DO BILHETE <p><i></i></p>		40 - SÉRIE <p><i></i></p>		
41 - CNPJ DA EMPRESA <p><i></i></p>		42 - CBO <p><i></i></p>		
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <p><i></i></p>				
() EMPREGO <input type="checkbox"/>		() EMPREGADOR <input type="checkbox"/>		
() AUTÔNOMO <input type="checkbox"/>		() DESEMPREGADO <input type="checkbox"/>		
() APOSENTADO <input type="checkbox"/>		() NÃO SEGURADO <input type="checkbox"/>		
AUTORIZAÇÃO				
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO <p><i></i></p>		46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR <p><i></i></p>		
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO <p><i></i></p>		
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <p><i>11/11/2018</i></p>		50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <p><i></i></p>		
		51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <p><i></i></p>		
 <p>COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 13 JUN 2018 PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE</p>				



ENF LEITO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

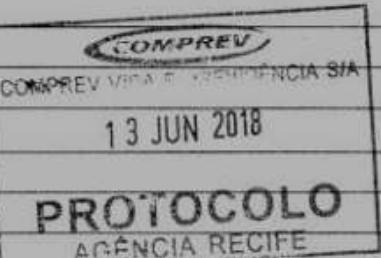
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N° 87.947

Data 20/05/18

Hora 22:00 hs

PACIENTE	Nome: José Repinaldo dos Santos			Categoria: Sua CC
	Sexo: M	Idade: 51	Cor:	Estado Civil: DIVORCIADO
RESPONSÁVEL	Naturalidade: Olinda - PE			Profissão: Guarda Municipal
	Endereço: Rua Raimundo Pereira Nunes			
ATENÇÃO MÉDICA	Pessoa de Quem Depende: Sra do Socorro dos Santos			Parentesco: mãe
	Endereço:			
Internado por Ordem de _____			Ass. Médico - CRM	
<input type="checkbox"/> Clínico		<input type="checkbox"/> Cirúrgico	Hora do Atendimento Médico	
Pressão Arterial _____		MX _____	MN. _____	Pulse _____ BPM _____
Temperatura _____ °C		Conf. 10.553.623/0010-24 HOSPITAL DO RECIFE Av. Miguel Couto Soárez, 320 Cidade da Recife, PE CNPJ: 00.000.000/0001-00		
Queixa Principal: _____				
História da Doença Atual: _____				
			CONFIRMO CONFERIDO NOTIFICADO	
17 31 46				

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142107900000061310399

Número do documento: 20052515142107900000061310399

Num. 62435806 - Pág. 6

UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente	N.º do Registro	Data Admissão
------------------	-----------------	---------------

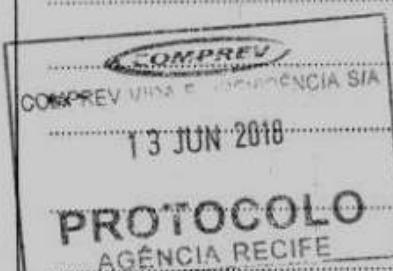
Nome do Procedimento Cirúrgico

DREMASEFI DE TURNO ESQUADO FEMININO

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Inicio	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
20/05/2020	18:00	18:30	30			

*Incisão em Q24 SUB BLV V010
Introdução. Início LNM. Progresso
25 níveis suture nº 34, 670A (20)
00 dreno com Relym 2-0. Cráneo*



1º Auxiliar	2º Auxiliar
-------------	-------------

Francisco Gomes
Dr. Francisco Gomes
Cirurgia Geral e Obstétrica
CREMERS 6740

Lagefárica (87) 9917-1862 / 9635-7820





Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome:

José Reginaldo Soárez

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

- Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;
- Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às _____ hr;
- Necessita de 120 dia(s) (sete - veinte) de afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;
- Esteve internado neste Hospital no período de _____ à _____ e necessita de mais _____ dia (s), _____ para sua reabilitação;

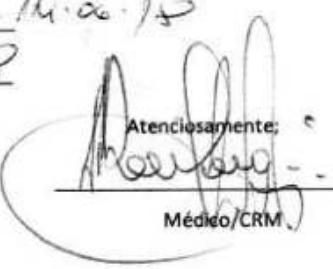
Acompanhou o Paciente: _____ no período de _____ à _____ neste Hospital;

CID-10 S420

08.11.06-15

Serra Talhada-PE, 15 de 2018

Atenciosamente:

M. Soárez

Médico/CRM



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que: José Regilino dos Santos

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- Afastar-se do trabalho por 30 (Dez) dias
- Afastar-se das aulas por _____ dias
- Afastar-se da Educação Física por _____ dias
- É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
- Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
- Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.
Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Fractura no clavílo e

Procedimento: Bruxismo cirúrgico

CID 10: 542.0

30 de 05 de 2018

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 11.946 SEOT 1.023





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 35.445.527/0001-04

Rua Padre Maciel, 286 – Centro – Quixaba-PE. CEP 56828-000 Fone n.º (87) 3854-8102 – E-mail: ssquo@bol.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, e a quem interessar, que o Sr.JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS, portado do CPF:755.372.734-20, RG:4.184.744 SDS-PE, residente na Rua Placido Pereira Nunes s/n. vitima de acidente automobilístico (Moto), ocorrido no dia 20/05/2018 na Rua Antônio Salvador de Araújo, s/n foi Transferido do local com à Ambulância Placa klt 2310 do Centro Médico Maria Alves dos Santos,localizado na cidade Quixaba-PE. e encaminhado ao Hospital Regional de Afogados da Ingazeira,

Por ser expressão da verdade, firmo-me assinando abaixo,

Quixaba, em 21 de Maio de 2018.


Maria das Graças Miguel
DIRETORA
Mat. 866

CENTRO MÉDICO
MARIA ALVES DOS SANTOS
CNES: 2347652
QUIXABA-PE



Confer. 1003.02/007/2018

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde da Saúde de Pernambuco

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **Y. R. E.C** 2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **Y. R. E.C** 4 - CNES: _____

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS): **Y. R. E.C** 6 - SIS PRENATAL: **87947** 7 - SENHA/REGULAÇÃO: **87947** 8 - N.º DO FRONTUÁRIO: **87947**

9 - NOME DO PACIENTE: **Jose Reinaldo dos Santos** 10 - DATA DE NASCIMENTO: **11/11/71** 11 - SEXO: **Masc. [] Fem. []**

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Amélia dos Sosseos dos Santos** 13 - N.º DO TELEFONE DE CONTATO: **200**

14 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO): **Rua Flávio Pereira Nunes**

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Caruaru - PE** 16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: **17 - UF: PE** 18 - CEP: **56000-000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO: **Presente visão de sudore suoroso, visão com dor vr de 70, mela suor, mela suor. Agravante febre de 38°C, dor abdome e febre. Dura**

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Exame clínico + Rx de fígado**

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **Travessia urinária + fadiga** 22 - CID 10 PRINCIPAL: **T818**

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS: **abdominal + fadiga constante** 24 - CID 10 SECUNDÁRIO: **25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: T818**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Tomografia abdominal 04/12/2019 0179** 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **041220190179**

28 - CLÍNICA: **29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 30 - DOCUMENTO: () CNS () CPF: 31 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ()**

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. Francisco Gómez Gómez** 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **20/05/2018** 34 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): **014210790000061310399**

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO: 36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO: 37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO: 38 - CNPJ DA SEGURADORA: 39 - N.º DO BILHETE: 40 - SÉRIE: _____

41 - CNPJ DA EMPRESA: 42 - CNAE DA EMPRESA: 43 - CBOR: _____

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **() EMPREGO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO**

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: 46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

47 - DOCUMENTO: () CNS () CPF: 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: _____

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **13 JUN 2018** 50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): **13 JUN 2018**

COMPREV
COMPREV VISA E CONCEPTE SIA
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



ENF LEITO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N° 87.947
Data 20/05/18
Hora 22:00 hs

PACIENTE
Nome: José Repinaldo dos Santos Categoria: Sua CC
Sexo: M Idade: 51 Cor: Estado Civil: DIVORCIADO
Naturalidade: Pernambuco - PE Profissão: Guarda Municipal
Endereço: Rua Plácido Pereira Nunes

RESPONSÁVEL
Pessoa de Quem Depende: Sra do Socorro dos Santos Parentesco: mãe
Endereço:

Internado por Ordem de _____ Ass. Médico - CRM

CONFIRMAÇÃO
NOTIFICADO

Clínico Cirúrgico Hora do Atendimento Médico

Pressão Arterial _____ MX _____ MN. Pulse _____ BPM _____

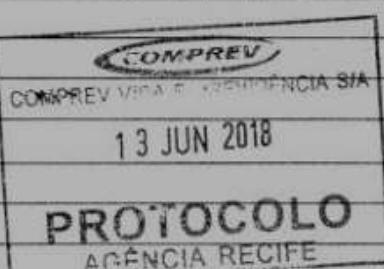
Temperatura _____ °C

Queixa Principal

110.553.623/0010-24
HOSPITAL DO RECIFE
Av. Miguel Couto Soárez, 320
Cidade das Artes, Al. da Invenção

ATENÇÃO MÉDICA
História da Doença Atual
2017 06 2000, Gastro
Sintomas de Gastro
Gastrite, estenose, hemorrágica
e refluxo ácido

HOSPITAL DO RECIFE
CONFIRMO
NOTIFICADO



17
31
46

GRÁFICA ISPI 2430 7800 / 9927-0883

UNIDADE**Laudo de Cirurgia**

Nome do Paciente	N.º do Registro	Data Admissão
------------------	-----------------	---------------

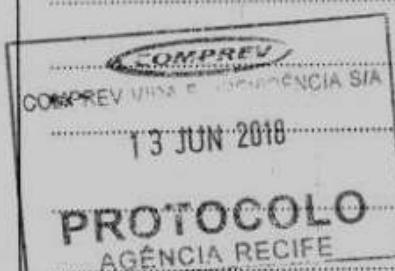
Nome do Procedimento Cirúrgico

DREMASEFI DE TURNO ESQUADO FEMININO

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Inicio	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
20/05/18						

Incisão em Q24 SUB BLV V01
Introdução. Início LNM. Progresso
25 mm de suture nº 34, 6/0 (30)
00 mm com NYL 2-0. Cráneo



1º Auxiliar	2º Auxiliar
-------------	-------------

Cirurgião
Dr. Francisco Gomes
Cirurgia Geral e Obstétrica
CREMERS 6740

Lagefácia (87) 9917-1862 / 9635-7820





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142107900000061310399>
Número do documento: 20052515142107900000061310399

Num. 62435806 - Pág. 14

André Quintas

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ASSOCIADO DA SOCIEDADE BRASILEIRA (SBCO)

ATESTADO DE LAUDO
(AO MHS)

desde regredido das fraturas
com 5 meses PT, submetido
a osteosíntese de clavícula
flexão levemente 45°, a 90°
múltiplas (9) e capaz de um adeus
adutor (CID: M75)

Medido 03 (três) meses
em apoio / seu efeito
prório

2018/06/29

Assinado por:
Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior
CNPJ: 15378
Data: 25/05/2020

Consultas
Fraturas
Osteoporose
Artrite
Artrose
Bursite
Começo Postural
Dor Lombar (coluna)
Tendinite
Artroscopia do Joelho

Consultório: Centro Diagnóstico (Anexo a Casa de Saúde)
Av. Aparecido Veras, 411 - Centro - Afogados da Ingazeira - PE - Fone: (87) 3838-1304
Filial: Flores-PE - Fone: (87) 9 9615-1171



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142107900000061310399>

Número do documento: 20052515142107900000061310399

Num. 62435806 - Pág. 15

ATESTADO

Name: Jose Renato Souto

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

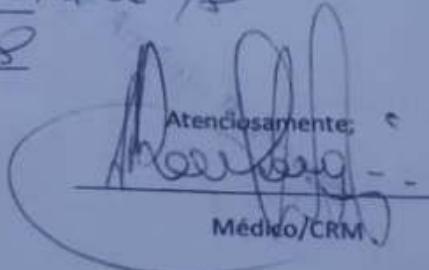
- Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;
- Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às _____ hr;
- Necessita de 120 dia(s) (Certo - Verde) de afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;
- Esteve internado neste Hospital no período de 1/1/18 à 1/1/18 e necessita de mais _____ dia (s), 1/1/18 para sua reabilitação;

Acompanhou o Paciente: _____
no período de 1/1/18 à 1/1/18, neste Hospital;

CID-10 S420 OP 14.06.18

Serra Talhada-PE, 15 de 06 2018

Atenciosamente,


Médico/CRM



Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603
Centro - Fone: (87) 3831-9150
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

ATESTADO

Nome:

José Reginaldo Soárez

Atesto para os devidos fins que o (a) citado (a):

- Apresenta ao Exame Clínico, boa saúde física e mental;
- Compareceu para Atendimento Médico, sendo liberado às _____ hr;
- Necessita de 120 dia(s) (sete - veinte) de afastamento de suas atividades acadêmicas e/ou profissionais;
- Esteve internado neste Hospital no período de _____ à _____ e necessita de mais _____ dia (s), _____ para sua reabilitação;

Acompanhou o Paciente: _____ no período de _____ à _____ neste Hospital;

CID-10

S420 OP 14.06.18
Serra Talhada-PE, 15 de 20 18

Atenciosamente:

M. Soárez
Médico/CRM



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que: José Regilino dos Santos

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- Afastar-se do trabalho por 30 (Resto) dias
- Afastar-se das aulas por _____ dias
- Afastar-se da Educação Física por _____ dias
- É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
- Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
- Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.
Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico: Fractura no clavílo e

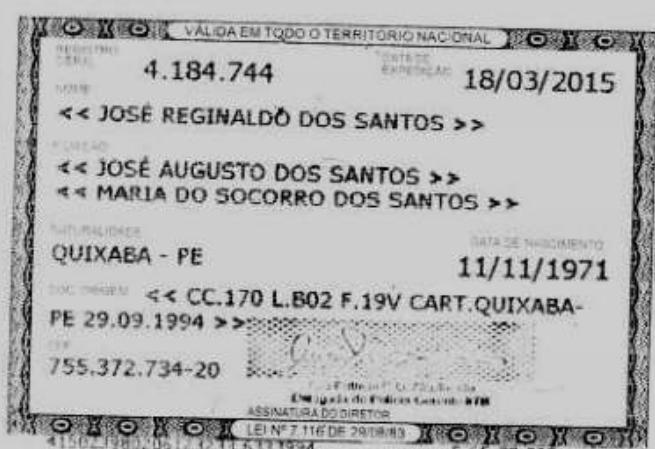
Procedimento: Bruxismo cirúrgico

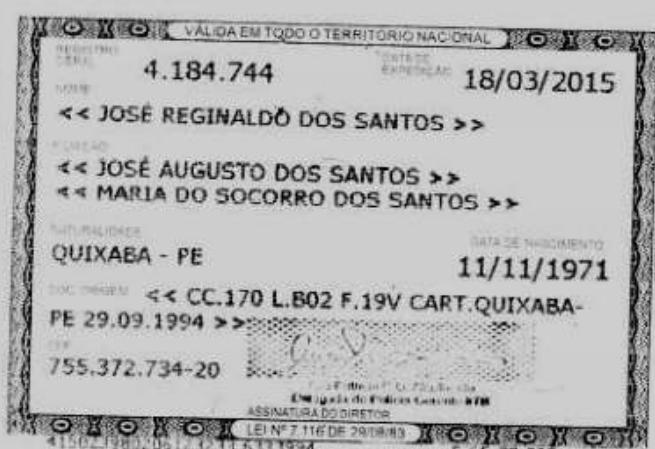
CID 10: 542.0

30 de 05 de 2018

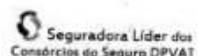
Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 11.946 SEOT 1.023







PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0210199/18

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

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: 13/06/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 755.372.734-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2018
Nome: EMERSON JOSE ALVES CARNEIRO FILHO
CPF: 120.911.224-83

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

EMERSON JOSE ALVES CARNEIRO FILHO





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA	DATA DO ACIDENTE	CPF DA VÍTIMA
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		
A VÍTIMA É:	QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	() VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM
ENDEREÇO DO PORTADOR	Nº COMPLEMENTO	BAIRRO
CIDADE	UF	CEP
E-MAIL	TELEFONE ()	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSENTANTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- () MORTE = R\$ 11.500,00
- () INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- () DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- () O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- () COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- () PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 032 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSENTANTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO: CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA
DATA	DATA
IDENTIDADE	IDENTIDADE
ASSINATURA	ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569530 **Cidade:** Quixabá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA DE ARCO COSTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA, LMC E DRENAGEM DE TUMOR, FLEGMÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180569530 **Cidade:** Quixabá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA DE ARCO COSTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM DE TÓRAX FECHADA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS NÃO COMPROVAM PRESENÇA DE SEQUELA PERMANENTE.

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 %

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437663/18

Número do Sinistro: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF: 755.372.734-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

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: 13/12/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142107900000061310399>
Número do documento: 20052515142107900000061310399

Num. 62435806 - Pág. 25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437663/18

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

CPF: 755.372.734-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE REGINALDO DOS SANTOS : 755.372.734-20

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: 04/12/2018
Nome: JOSE REGINALDO DOS SANTOS
CPF: 755.372.734-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JOSE REGINALDO DOS SANTOS

JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142107900000061310399>
Número do documento: 20052515142107900000061310399

Num. 62435806 - Pág. 26



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, 06 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180569530

Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE REGINALDO DOS SANTOS

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

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01157/0158 - carta_03 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142107900000061310399>
Número do documento: 20052515142107900000061310399

Carta nº 13678203

Num. 62435806 - Pág. 27

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180569530**
Vítima: **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **20/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180569530**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13678592





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 Dezembro de 2018

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180569530 Vítima: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/05/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE REGINALDO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00563/00584 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13727279



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142107900000061310399>
Número do documento: 20052515142107900000061310399

Num. 62435806 - Pág. 29



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

255372734-20

Nome completo da vítima

José Reginaldo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	José Reginaldo dos Santos	CPF titular da conta	755.372.734-20	Profissão	non informa
Endereço	Antônio Silveira de Araújo	Número	51	Complemento	Ponta
Bairro	Centro	Cidade	Guarabira	Estado	PE
Email		CEP	56898000	Telefone (DDD)	83/9534-0574

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0570		150906	9
(Informar dígito se existir)			

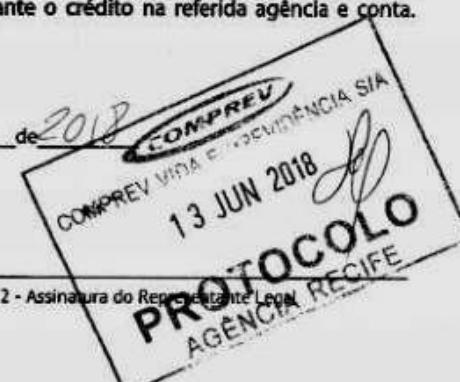
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Rego-PE, 13 de Junho
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agência: 32501367-00 LARANJEIRAS
Terminal: 32311601 Id. Trx: 385413
Nro. Aut: 102049 Caixa: 85067520
Data: 16/05/2018 Hora: 10:20
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757801323 000073

EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANÇA DURA

RENDIMENTO:

SELIC maior valor ate 5,5% A.A. 18/7/18 da SELIC
SELIC menor valor ate 5,5% A.A. 18/05/18 A 18

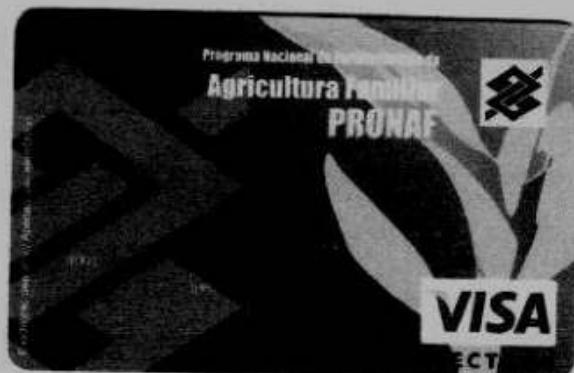
AGÊNCIA 00/000 CONTA: 15 506-9 VAR: 51
CONTE: JOSÉ RENILSON DE SOUZA SANTOS

DATA	DE BS	RESTAURADO	VALOR
10/05			0,640
11/05	11	TRANSF CRED	1.065,000
			1.065,640
			0,000
			1.065,640

SALDOS POR DIA BASE

11	1.065,00	16	0,28
19		0,36	

Poupança premia clientes BB.
Saiba mais em www.bb.com.br/poupançapremiada





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180270010

CPF da Vítima

755.372.734-20

Nome completo da vítima

José Reginaldo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Reginaldo dos Santos		CPF titular da conta 755.372.731-20	Profissão
Endereço Rua Antônio Salinho de Araújo		Número 23	Complemento CASA
Bairro Centro	Cidade Quixaba	Estado PE	CEP 36828.000
Email k831985406931			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0510 D/V 15906 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Região 17 de Julho de 2018
Local e Data

José Reginaldo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
04 JUL 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agencia 32301367-AC CARNAIBA
Terminal 32313601 Id. Trx 351144
Nro Aut 082301 Caixa 85067520
Data 21/06/2018 Hora : 08:23
(Horario de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A. 000041
5757801323
EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANÇA DIAO

RENDIMENTOS:
SELIC igual/menor que 8,5% A A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A A. TR+0,5% A M

AGENCIA: 0570-3 CONTA: 15 906-3 VAR: 51
CLIENTE: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DATA	DE BS HISTÓRICO	VALOR
01/06/2018		
1406	Saldo ant.	1.062,44C

NÃO HÁ LANÇAMENTOS NO PERÍODO

SALDO	1.062,44C
VLR. BLOQUEADO	0,00D
DISPONÍVEL	1.062,44C

SALDOS POR DIA BASE

13	1.062,44
----	----------

Poupança Premia clientes BB
Saiba mais em www.bb.com.br/poupançapremiada





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180270010

CPF da Vítima

755.372.734-20

Nome completo da vítima

José Reginaldo dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Reginaldo dos Santos		CPF titular da conta 755.372.731-20	Profissão
Endereço Rua Antônio Salinho de Araújo		Número 23	Complemento CASA
Bairro Centro	Cidade Quixaba	Estado PE	CEP 36828.000
Email k831985406931			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0510 D/V 15906 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

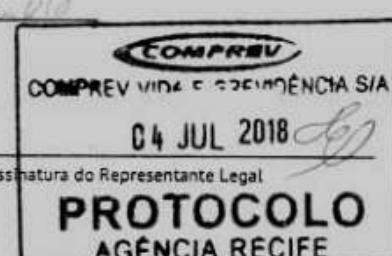
Região 17 de Julho de 2018
Local e Data

José Reginaldo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Banco Postal

*** Extrato de Conta Poupança ***

Agencia 32301367-AC CARNAIBA
Terminal 32313601 Id. Trx 351144
Nro Aut 082301 Caixa 85067520
Data 21/06/2018 Hora : 08:23
(Horario de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A. 000041
5757801323
EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
POUPANÇA DIAO

RENDIMENTOS:
SELIC igual/menor que 8,5% A A. TR+70% da SELIC
SELIC maior que 8,5% A A. TR+0,5% A M

AGENCIA: 0570-3 CONTA: 15 906-9 VAR: 51
CLIENTE: JOSE REGINALDO DOS SANTOS

DATA	DE BS HISTÓRICO	VALOR
01/06/2018		
1406	Saldo ant.	1.062,44C

NÃO HÁ LANÇAMENTOS NO PERÍODO

SALDO	1.062,44C
VLR. BLOQUEADO	0,00D
DISPONÍVEL	1.062,44C

SALDOS POR DIA BASE

13	1.062,44
----	----------

Poupança Premia clientes BB
Saiba mais em www.bb.com.br/poupançapremiada





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185ª CIRCUINSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185/CIRC DINTER2/21/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0275000124

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/06/2018 às 15:39

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 20/5/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 6081, PRÓXIMA A IGREJA - Bairro: CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUF/DP / AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: Maio do Socorro das SANTOS Pai: JOSE AUGUSTO DOS SANTOS Data de Nascimento: 11/11/1871 Naturalidade: NÃO INFORMADA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA MUNICÍPIO DE QUIXABA, 185, RUA PLACÍDIO PEREIRA NUNES, PRÓXIMA A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL

OUTROS - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

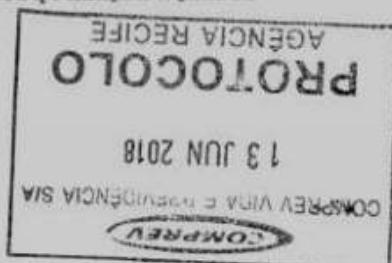
Nome do Representante: , Cargo do Representante: , Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: , Telefone de Contato: ,

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE REGINALDO DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE)

Complemento / Observação

o SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2018, MOD 2018, COR PRETA, PLACA PFC8188, CHASÍ 6C3KC1828AR85554, RENAVAM 257843788, VINHO DIREÇÃO LAGOA DE CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VENHA NA DIREÇÃO OPPOSTA EM ALTA VELOCIDADE o SENHOR Jose colidiu sua moto em uma árvore, quedando em



95052210

Editorial da Diretoria

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) esta unidade policial

JOSÉ REGINALDO DOS SANTOS
(VÍTIMA) 30

B.C. registrado por: **VICENTE TOTONHO DO NASCIMENTO** - Matrícula: 221126-2

SERVENTIA REGISTRAL & NOTARIAL DE QUITAHERRÍA
TITULAR: PETERA MARÍA PACHECO MAMBERIET

REGISTRAL & NOTARIAL

Reconheço a presente Firma por autenticidade de José
Regional dos Santos data: 05/06/2013. D.O.F. Tabelião
Bryhia Mabel Fiechecki Wenderly. Encaminho: R\$1,35
DINHEIRO: R\$0,80 FEE: 0,40 ISS: R\$0,20 TOTAL: R\$ 4,79

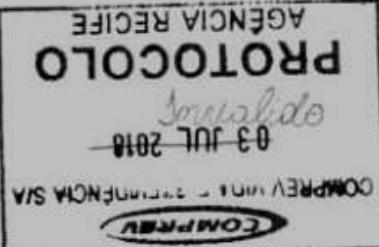
四



03/07/2018



Secretaria de Defesa Social : INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185°CIRC DINTER2/21°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0275000124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **15:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 0001, PRÓXIMO A IGREJA** - Bairro: **CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUTOR / AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VITIMA)

Vicente Teotonio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **JOSE AUGUSTO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE QUIXABA, 165, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

OUTROS - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2010, COR PRETA, PLACA PFC9109, CHASI 9C2KC1620AR058651, RENAVAM 257043780, VINHA DIREÇÃO LAGOA DA CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VINHA NA DIREÇÃO OPPOSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EM UMA ARVORE, OCASIÃO EM QUE SOFREU DIVERSOS FERIMENTOS.

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

[http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%... 1/2](http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%...)



03/07/2018

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

José Reginaldo dos Santos
JOSE REGINALDO DOS SANTOS
(VITIMA)

 Vicente Teotonio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

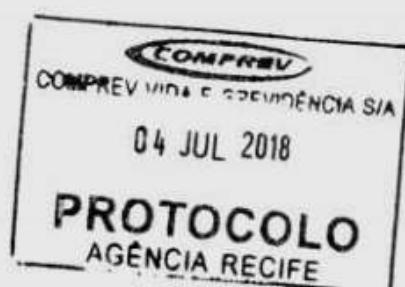
B.O. registrado por: **VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221126-2**

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE QUIXABA
Titular: BYTHIA MABEL PIECHOCKI WANDERLEY
Telefone: (81) 98880-7285

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: JOSÉ REGINALDO
SANTOS. Dou fé EM TESTE DA VERDADE QUIXABA-PE, 03 de
julho de 2018. Tabelião Públco Emolumentos
R\$-3,39-TSNR R\$-0,80-FERC R\$-0,40-ISS-0,20-Total
R\$-4,79

Selo: 0159996.SPW03201802.00790 03/07/2018 16:03:42
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sebodigital

29.246.903/0001-39
Serventia Registral e Notarial
de Quixaba
Rua José Pereira dos Anjos, 460 Centro
CEP: 56.621-000 QUIXABA PE



[http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%... 2/2](http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%...)



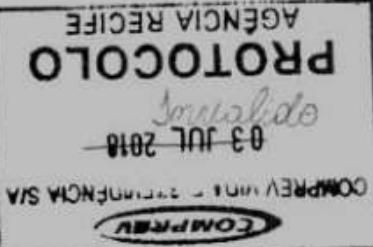
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142107900000061310399>
Número do documento: 20052515142107900000061310399

Num. 62435806 - Pág. 39

03/07/2018



Secretaria de Defesa Social : INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 185^a CIRCUNSCRIÇÃO - QUIXABA - DP185^aCIRC DINTER2/21^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0275000124

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **15:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **20/5/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANTONIO SALVADOR DE ARAUJO, 0001, PRÓXIMO A IGREJA** - Bairro: **CENTRO - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTROS (AUTOR / AGENTE)
JOSE REGINALDO DOS SANTOS (VITIMA)

Vicente Teotonio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE REGINALDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS** Pai: **JOSE AUGUSTO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE QUIXABA, 165, RUA PLACIDO PEREIRA NUNES, PRÓXIMO A CRECHE - CEP: - Bairro: - QUIXABA/PERNAMBUCO/BRASIL**

OUTROS - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE REGINALDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE REGINALDO DOS SANTOS RELATA QUE NO DIA DO FATO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA, ANO 2010, MOD 2010, COR PRETA, PLACA PFC9109, CHASI 9C2KC1620AR058651, RENAVAM 257043780, VINHA DIREÇÃO LAGOA DA CRUZ PARA QUIXABA QUANDO NO INTUITO DE DESVIAR-SE DE UM MOTORISTA QUE VINHA NA DIREÇÃO OPPOSTA EM ALTA VELOCIDADE O SENHOR JOSE COLIDIU SUA MOTO EM UMA ARVORE, OCASIÃO EM QUE SOFREU DIVERSOS FERIMENTOS.

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

[http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%... 1/2](http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%...)



03/07/2018

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

José Reginaldo dos Santos
JOSE REGINALDO DOS SANTOS
(VITIMA)

 Vicente Teotonio do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 221.126-2

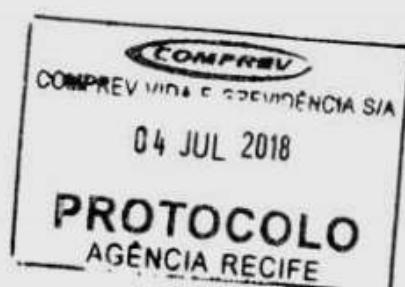
B.O. registrado por: **VICENTE TEOTONIO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221126-2**

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE QUIXABA
Titular: BYTHIA MABEL PIECHOCKI WANDERLEY
Telefone: (81) 98880-7285

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE: JOSÉ REGINALDO
SANTOS. Dou fé EM TESTE DA VERDADE QUIXABA-PE, 03 de
julho de 2018. Tabelião Públco Emolumentos
R\$-3,39-TSNR R\$-0,80-FERC R\$-0,40-ISS-0,20-Total
R\$-4,79

Selo: 0159996.SPW03201802.00790 03/07/2018 16:03:42
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sebodigital

29.246.903/0001-39
Serventia Registral e Notarial
de Quixaba
Rua José Pereira dos Anjos, 460 Centro
CEP: 56.621-000 QUIXABA PE



[http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%... 2/2](http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=275&idOc=7146736&nroBO=18E0275000124&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%...)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/05/2020 15:14:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052515142107900000061310399>
Número do documento: 20052515142107900000061310399

Num. 62435806 - Pág. 41



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Jose Reginaldo dos Santos** CPF da Vítima **855.372.734-20** Data do Acidente **20-05-2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (81) 9534.0574

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Recife - PE, 13 de Junho
Local e Data

Jose Reginaldo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Jose Reginaldo dos Santos** CPF da Vítima **855.372.734-20** Data do Acidente **20-05-2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (81) 9534-0574

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Recife - PE, 13 de Junho
Local e Data

Jose Reginaldo dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



— BOLETIM DE EMERGÊNCIA —



— BOLETIM DE EMERGÊNCIA —



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE REGINHO DOS SANTOS

RG nº 4184744, data de expedição 11/11/1971 Órgão SDS

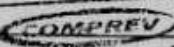
CPF nº 755 372-724-20 em perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ANTÔNIO SALVADOR DE ARAUJO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>Quixá BA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56828-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9534-0574</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Ruap-PE 13/junho/2018


COMPROVANTIA SIA

13 JUN 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura do Declarante: Jose Reginho dos santos



