



29/06/2020

Número: **0000608-87.2019.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE FRANCISCO DOS SANTOS (AUTOR)	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63944 393	29/06/2020 11:33	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>	Outros (Documento)



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, JOSE QUERCIO DA SILVA,  
RG nº 9.691.734, data de expedição 19/02/2013  
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 121.174.234-26,  
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
FIDRIANO PECHOTO, nº 11,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS, cujo o condutor era  
NILSON MARTINS DA CRUZ.  
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA XRE-150 Ano: 2011  
Placa: PEL 9945 Chassi: 9C2K00550BN051430  
Data do Acidente: 10/11/2017

Local e Data: São José do Belmonte, 06-06-2019.

José Quercio da Silva

11 JUN 2019

Assinatura do Declarante

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

*Maria Lúcia de Sousa*  
Substituta  
CPF: 187.093.304-20

**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE - PE**  
Titular: **EDIVIRGENS GOMES DE MARINS PEREIRA**  
Telefone: (87) 38841-006

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE QUERCIO DA SILVA. São José do Belmonte/PE. Dou Fá. Edivirgens Gomes de Marins Pereira. Tabelião Pùblico. Email: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERG: R\$ 0,04, FUNSEG: R\$ 0,08, FERCI: R\$ 0,40, ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,91.

Selo: 0074872.EXN05201902.00419 06/06/2019 09:42:19  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE**  
Titular: **REGINALDO ANÍSIO DA SILVA**  
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de NILSON MARTINS DA CRUZ. Dou Fá. Serra Talhada/PE. Em Teste: ( ) da verdade. ( ) Reginaldo Anísio da Silva - Titular. ( ) Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Email: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERG: R\$ 0,40, FUNSEG: R\$ 0,04, FERCI: R\$ 0,08, ISS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,91.

Selo: 0074872.EXN05201902.02227 07/06/2019 09:26:11  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)







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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Bos Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.933/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE  
JOSE FRANCISCO DOS SANTOSENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA.  
SI VOLTA DO RIACHO 11-C

CPF: 658 840 944-34

BOM NOME - REGIÃO RURAL/BOM NOME  
SAO JOSE DO BELMONTE PE  
56950-000CLASSIFICAÇÃO  
S1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIALCONTADOR/CONTRATO MÊS/ANO  
7025120307 03/2019

DATA DE VENCIMENTO DATA PESQUISA/VALIDAÇÃO

27/03/2019 17/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 35,71

## DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	49.000000	0,7625034	32,06
Contib. Ium. Pública Municipal			0,33
Multa por atraso-NF 036926487-18/10/18			0,35
Iuros por atraso-NF 036926487-18/10/18			0,88

TÓPICO DA FATURA

35,71

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20160042	CAT	18/02/2019	146,00	20/03/2019	150,00	12	1.00000		42,00

## HISTÓRICO DE CONSUMO

Média do mês:

MAR/19	43
FEV/19	34
JAN/19	30
DEZ/18	30
NOV/18	30
OUT/18	30
SET/18	30
AGO/18	30
JUL/18	30
JUN/18	30
MAY/18	30
ABR/18	30
MAR/18	30

## INFORMAÇÕES DE VENCIMENTOS

PERÍODO DE CONSUMO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	32,35	25,00	8,00
PIS	32,35	1,01	0,32
COFINS	32,35	4,68	1,51
Total			9,83

## COMPROVAÇÃO DE CONSUMO

Geração de Energia	R\$	10,02	30,00%
Transmissão	R\$	1,49	4,81%
Marketing	R\$	9,00	21,49%
Perdas de Energia	R\$	2,18	6,77%
Impostos Federais	R\$	1,79	5,57%
Total	R\$	32,35	100%

Consumo kWh/Dia

0,27160000

RESUMO DO PESO

OSAC B009 B008 A03F EB12 17DE FC08 SCP3

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pequeno resumo sobre os riscos que o cliente corre ao não pagar suas contas em dia. O cliente é responsável por pagar suas contas de energia elétrica no prazo estabelecido na fatura. Caso contrário, a Celpe pode suspender o fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar as contas de energia elétrica no prazo estabelecido na fatura. Caso contrário, a Celpe pode suspender o fornecimento de energia elétrica.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica, bem como as normas e regulamentos que disciplinam a relação entre fornecedor e consumidor, estão disponíveis no site da Celpe: [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

DIAS	VALOR APENAS	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÍXIMO	LIMITE ANUAL
000	0,00	11,04	21,08	47,70
000				11,04

TENSÃO NORMAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	HONTO	MÍNIMO
220	202	231

11 JUN 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:33:34  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911333480500000062764429>

Num. 63944393 - Pág. 3



Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00036086 Data: 10/11/2017 Hora: 14:00

Nome: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS Sexo: MASCULINO

Idade: 61 Anos, 10 Meses Data Nascimento: 26/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)

Mãe: MARIA ANTONIA DOS SANTOS Pai:

Cartão SUS: 700200923471920 RG:RG

Logradouro: RUA JOSE PEDRO LEAL Nº 27 Bairro: BOM NOME

Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO

Tipo do Atendimento: CONSULTA Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:

Tax.:  °C PR:  irpm FC:  bpm HGT:  mg/dl PA:  X  mmhg Peso:  kg

Classificação de Risco: VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

*Doenças de mto com curva  
com febre no pé (2)  
bacterio do pé (2)  
cansaço/mais do*

Hipótese Diagnóstica:

*Fx exponda do pé (2)*

Conduta Terapêutica:

*1) Drenar humor periférico  
2) Caputina Ig, EV 1400  
3) 140,2% 100ml, c/ + ferroal 01g/1400  
4) Tetraferro 01,37 + 500,2% 100ml 1400  
5) Vacina anti-tetânica + 11 JUN 2019*

*12/11/2019 3 am EV  
Normal no seu F.C/F. SENHA: 5295854*

Observação  Internação  Transferência  Recusa Medicação  Evadiu-se  Alta  Óbito

*Médico*

*Maria Irani Gonçalves Ribeiro  
ENFERMEIRA  
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR*

*Enfermeiro*

*Téc./Aux.Enfermagem*

*Assistente Social*

*Paciente e/ou Responsável*

**COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO**





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NF do sinistro ou ASL:  CPF da vítima:  Nome completo da vítima:

658.840.944-34 JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: <b>JOSE FRANCISCO DOS SANTOS</b>	Profissão: <b>APOSENTADO</b>	Endereço: <b>SITIO VOLTA DO RIACHAO</b>	CPF: <b>658.840.944-34</b>
Bairro: <b>ZONA RURAL</b>	Cidade: <b>SÃO JOSE DO BELMONTE</b>	Estado: <b>PB</b>	Número: <b>11-C</b>
			Complemento: <b>CASA</b>
		CEP: <b>56950-000</b>	Tel.(DDD): <b>(87) 9998-1477</b>
E-mail:			

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

### DADOS CADASTRAIS

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <input type="text"/> 0914 CONTA: <input type="text"/> 65145 Dígito: <input type="text"/> 2 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir) CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)

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

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]:**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <input type="text"/> SÃO JOSE DO BELMONTE-PB 11-06-19	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º   Nome: _____	CPF: _____
CPF: _____	Assinatura	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2º   Nome: _____
<i>Jose Francisco dos Santos</i>		CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)
<i>George Cordeiro de Melo Júnior</i>	
Assinatura	

11 JUN 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ºCIRC  
DINTER2/21ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000346**

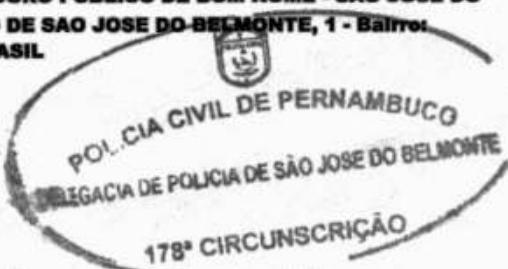
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2019 às 09:47**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)**, que aconteceu no dia **10/11/2017 às 14:00**

Fato ocorrido no endereço: **BR 232, EM FRENTE AO MATADOURO PÚBLICO DE BOM NOME - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**. Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1 - Bairros: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**. Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
NILSON MARTINS DA CRUZ ( OUTRO )  
JOSE FRANCISCO DOS SANTOS ( VITIMA )**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NILSON MARTINS DA CRUZ**

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

**JOSE FRANCISCO DOS SANTOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA ANTONIA DOS SANTOS**  
Data de Nascimento: **26/12/1955** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10176053/SDS/PE**

(RG) Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Residencial: **TRAVESSA JOSE PEDRO LEAL, N° 26, BOM NOME , RUA DA IGREJA CATOLICA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NILSON MARTINS DA CRUZ (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA SOLIDADE MARTINS DA CRUZ** Pai: **JOÃO BATISTA LINO DA CRUZ** Data de Nascimento: **20/11/1978** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **207011/MEX/PE (RG), 03160601439 (CPF), 05380067970 (CNH)** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares:

- **8791254553**

Residencial: **RUA ANTONIO BEZERRA N° 54, BOM NOME, AQL ADO DA IGREJA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NILSON MARTINS DA CRUZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

**11 JUN 2019**

Placa: **PEL9945** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **326739467** Chassi: **9C2KD0550BR011430**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**



10/05/2019

Boletim de Ocorrência

Descrição: PROPRIETÁRIO : JOSE QUERCIO DA SILVA

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DEPOL O SENHOR JOSE FRANCISCO DOS SANTOS COMUNICANDO ESTÁ OCORRÊNCIA. INFORMA O MESMO QUE VINHA NA CONDIÇÃO DE GARUPA NO VEÍCULO ACIMA RELACIONADO O QUAL VINHA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE NILSON MARTINS DA CRUZ NA BR 232 SENTIDO DISTRITO DE BOM NOME / SÃO JOSE DO BELMONTE QUANDO NAS PROXIMIDADES DO MATADOURO DE BOM NOME O CONDUTOR REALIZOU UMA MANOBRA PARA ESQUERDA TENDO A VISÃO ENCANDEADA PELA LUZ DO SOL, VINDO A PERCEBER QUE OUTRO VEÍCULO (MODELO PARATI) SE APROXIMAVA RAPIDAMENTE NO SENTIDO CONTRARIO, FATO QUE FEZ COM QUE ACELERRASSE DE VEZ A MOTOCICLETA PARA EVITAR A COLISÃO, MOMENTO ESTE EM QUE A VÍTIMA CAIU AO SOLO. QUE POSTERIORMENTE FORA CONDUZIDO POR UMA AMBULÂNCIA PARA O HOSPITAL DE SÃO JOSE DO BELMONTE ONDE DEU ENTRADA MEDIANTE REGISTRO DE N° 00036086 DATADO EM 10/11/2017. SEM MAIS PARA O MOMENTO ENCERRO ESTE B.O.E ///////////////**

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

**JOSE FRANCISCO DOS SANTOS  
(VITIMA)**

**NILSON MARTINS DA CRUZ  
(OUTRO)**



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

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Thiago Augusto da Silva Rodrigues".

11 JUN 2019



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190373799  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Francisco dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Volta do Riacho, 11 C  
Zona Rural Sao Jose do Belmonte PE CEP: 56950-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 101760531  
Data local do acidente: [ 10/11/2017 ]  
Data local do exame: [ 01/07/2019 ] Serra Talhada [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE DEDOS DO PÉ COM PERDA OSSEA DIREITO**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO**

**Complicações: PERDA DE MOBILIDADE DO 2-3 DEDOS DO PÉ DIR**

Data da Alta: 20/05/2019

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

**PERDA DE MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

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

**PERDA DE MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**PÉ - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Edson A. Silva  
CRM: 15.122  
Ortopedista-Traumatologista  
Hospital São Francisco



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:33:34  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911333480500000062764429>

Número do documento: 20062911333480500000062764429

Num. 63944393 - Pág. 8



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NF do sinistro ou ASL:  CPF da vítima:  Nome completo da vítima:

**658.840.944-34 JOSE FRANCISCO DOS SANTOS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: **JOSE FRANCISCO DOS SANTOS**  
 Profissão: **APOSENTADO** Endereço: **SITIO VOLTA DO RIACHAO**  
 Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **SÃO JOSE DO BELMONTE** Estado: **PB** CEP: **56950-000**  
 E-mail: **18779998-1477** Número: **11-C** Complemento: **CASA**  
 CPF: **658.840.944-34**  
 Tel.(DDD): **(87) 9998-1477**

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

### DADOS CADASTRAIS

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <b>0914</b> CONTA: <b>65145</b> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	

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

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

### MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <b>SÃO JOSE DO BELMONTE-PB 11-06-19</b>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º   Nome: _____	CPF: _____
CPF: _____	Assinatura	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2º   Nome: _____
<b>Jose Francisco dos Santos</b>		CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

11 JUN 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190373799**

**Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 10/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE FRANCISCO DOS SANTOS**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000914**

**Conta: 0000065145-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:33:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911333480500000062764429>

Número do documento: 20062911333480500000062764429

Num. 63944393 - Pág. 10



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190373799      Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/11/2017      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 01767/01768 - carta\_02 - INVALIDEZ



00040884

Carta nº 14491600



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:33:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911333480500000062764429>  
Número do documento: 20062911333480500000062764429

Num. 63944393 - Pág. 11



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190373799 Vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 10/11/2017      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). JOSE FRANCISCO DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14442989



230 01327/01328 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:33:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911333480500000062764429>  
Número do documento: 20062911333480500000062764429

Num. 63044303 Pág. 12

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000065145-2

---

Nr. da Autenticação 68D2603E2B45F005



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:33:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911333480500000062764429>  
Número do documento: 20062911333480500000062764429

Num. 63944393 - Pág. 13

## Procuração

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

1. Outorgante JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS,  
portador(a) do documento de identidade nº 10.176.053, expedido por \_\_\_\_\_,  
em 15/05/2015 inscrito no CPF sob o nº 658.840.944-34, residente na  
SI VOLTA DO RIACHO, nº 11-C  
complemento CASA, Bairro RURAL, cidade  
SÃO JOSE DO BELMONTE, Estado PE. Data do acidente 10/11/2017  
DPVAT cobertura INVALIDEZ

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA,  
portador(a) do documento de identidade nº 584.0550, expedido por SSP PE,  
em 24/07/2017 inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na  
ANTONIO TOME DE SOUSA, nº 523  
complemento CASA, Bairro SAO CRISTOVAO, cidade  
SERRA TAIHADA, Estado PE

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

São José do Belmonte 09 de 05 de 2014



Outorgante

X José Francisco dos Santos

**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TAIHADA - PE**  
Titular: REGINALDO AMÍLIO DA SILVA  
Telefone: (87) 38311-824

CPF: 072.670.870-420

Reconheço a Firma por autenticidade da José Francisco dos Santos. Dou Fé. Serra Taihada, PE, 09/05/2019. Ato da verdade. ( ) Reginaldo Amílio da Silva, Substituto ( ) Maria Lúcia de Souza, Substituta. RG: 39. TEIR-RJ  
0.00.FERB-R\$ 0.40.FERM-R\$ 0.04.FUNSEG-R\$ 0.08.FINAN-R\$  
Sel: 0074872.VBT04201902.04960 09/05/2019 09:17:40  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

11 JUN 2019

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197503/19

**Vítima:** JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

**CPF:** 658.840.944-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/11/2017

**Titular do CPF:** JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSE FRANCISCO DOS SANTOS : 658.840.944-34

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](http://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: 11/06/2019  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:33:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911333480500000062764429>  
Número do documento: 20062911333480500000062764429

Num. 63944393 - Pág. 15

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.C.
1	326739467	2019

NOME:

JOSÉ GREGORIO DA SILVA

END. RUA:

"

CEP:

52100-000

PLACA:

PEL1943

CHASSI:

9E2B00550BN0711430

COMBUSTÍVEL:

ÁLCOOL/CÁPS.

ANO FAH:

2011

ODS PREDICIMENTO:

PERMITIR

DATA DE MANUTENÇÃO:

2011

CATEGORIA:

PART II

VENC. COTA UNICA:

1º

VENC. / DATA:

2019/06/01

VALOR TOTAL P.R.:

300,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

360,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

415,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

470,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

530,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

630,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

700,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

770,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

830,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

890,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

950,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1010,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1070,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1090,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1150,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1210,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1270,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1330,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1390,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1450,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1510,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1570,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1630,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1690,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1750,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1810,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1870,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1930,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

1990,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

2050,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

2090,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

2110,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

2170,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

2230,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

2290,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

2350,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

2410,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

2470,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00

VALOR TOTAL P.R.:

2530,00

DATA DE MANUTENÇÃO:

2019/06/01

PERÍODO DE MANUTENÇÃO:

300,00</

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190373799      **Cidade:** São José do Belmonte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FRANCISCO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 10/11/2017      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE DEDOS DO PÉ COM PERDA OSSEA DIREITO

**Descrição do exame físico:** PERDA DE MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO

**Resultados terapêuticos:** PERDA DE MOBILIDADE DOS DEDOS DO PÉ DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/07/2019

**Conduta mantida:**

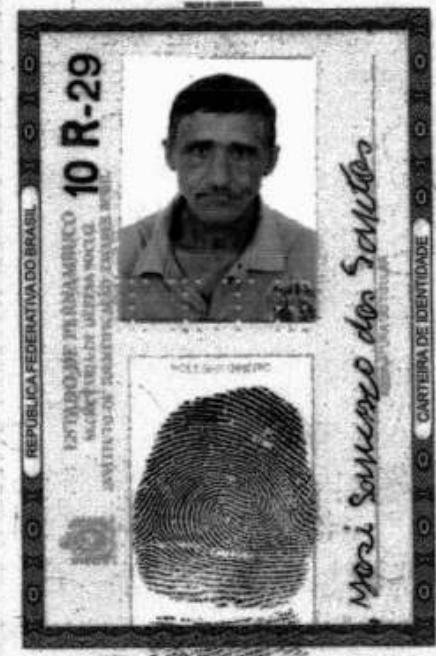
**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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





11 JUN 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:33:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911333480500000062764429>  
 Número do documento: 20062911333480500000062764429

Num. 63944393 - Pág. 18



11 JUN 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:33:34  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911333480500000062764429  
Número do documento: 20062911333480500000062764429

Num. 63944393 - Pág. 19



Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

Nº do Registro: 00036086 Data: 10/11/2017 Hora: 14:00

Nome: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS Sexo: MASCULINO

Idade: 61 Anos, 10 Meses Data Nascimento: 26/12/1955 Estado Civil: CASADO(A)

Mãe: MARIA ANTONIA DOS SANTOS Pai:

Cartão SUS: 700200923471920 RG:RG

Logradouro: RUA JOSE PEDRO LEAL Nº 27 Bairro: BOM NOME

Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: APOSENTADO

Tipo do Atendimento: CONSULTA Alergias: NÃO [ ] SIM [ ] QUAL:

Tax.:  °C FR:  irpm FC:  bpm HGT:  mg/dl PA:  X  mmhg Peso:  kg

Classificação de Risco: VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

Pré - Consulta:

História da Doença Atual:

*Desidratação de mto com dor no abdômen e febre no pé direito. Dor no pé direito.*

Hipótese Diagnóstica:

*Fx desidratação do pé (2)*

Conduta Terapêutica:

*1) Dextrose 5% 100ml c/ + glicerol 0,65% 50ml  
2) Laxativa 3g, EV 14:00  
3) FCO 2,5% 100ml, c/ + glicerol 0,65% 50ml  
4) Télmox fuso 01,37 + 5FO,2% 100ml 14:00  
5) Vacina anti-tetânica + 11 JUN 2019*

*18/06/2019 NO JRU F.C.F. SENHA: 5295854*

Observação  Internação  Transferência  Recusa Medicação  Evadiu-se  Alta  Óbito

*Maria Irani Gonçalves Ribeiro  
ENFERMEIRA  
COREN-PE 512752*

Enfermeira

Téc./Aux.Enfermagem

Assistente Social

Paciente e/ou Responsável



91862068  
09/03/01

01/11/17; às 14hs, deu entrada neste  
SERVIÇO, JOSE FRANCISCO DOS SANTOS, 60 anos,  
último de acidente colisão moto/carro, eg  
consciente, orientado, eupneico, normotensio, com  
esvaziamento lento no sangue, e trauma grave  
em pé dianteiro (fratura exposta e provocada  
desat de fôrmos em rugido dorsal) radiogra-  
do limpava + evitava compressão na lesão  
do pé dianteiro, e immobilização do membro com  
algodão, fala de papéis. O mesmo foi  
transportado para Serra Talhadeir, Zona n°  
5295854 (HOSPAN) acompanhado pela fil-  
meira de enfermagem Edilene. Instalado AUP  
em MSE gelo n° 18 + SF 0,9%. ND. conforme  
prescrição médica, administrando vacina antitetânica  
novo. As 17hs, nos foi informado que o  
paciente foi avaliado em Serra Talhadeir  
e direcionado ao hospital em Caruaru.

motorista Henrique  
tel. 999 - 821111.

  
Maria Inácia Gonçalves Ribeiro  
ENFERMEIRA  
COREN-CE 512752

11 JUN 2019



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

### RESUMO DE ALTA

Nome: José Francisco da Souto

Prontuário: 309087

Data: 10/11/2017 Hora:

#### DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta com  
permeável óssea de grande  
extensão das estalas sacras

#### AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alô ambulatório de  
ortopedia (O mais próximo  
possível da residência) com 21 dias

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Limpagem e imigração antroso +  
Fixação possível para  
garantir alguma alimentação

Alta Hospitalar: Data: 15/12/17 Hora: 11 JUN 2019

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo



**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM**

**- ATESTADO MÉDICO -**

ATESTO que o Segurado José Francisco  
Dr. S. S. portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
série \_\_\_\_\_, necessita de 10 (dez) dias,

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de  
doença. Fratura de Metatarso

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

ASS. do Médico - CRM N°

**NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGP, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.**

11 JUN 2019





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 , 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE FRANCISCO DOS SANTOS Inscrito (a) no CPF sob o Nº 658.840.944 , 34

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE FRANCISCO DOS SANTOS,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 658.840.944 , 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

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

Endereço:	<u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número:	<u>573</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				Tel.(DDD):	<u>87.9.9998-1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE - 07/06/2019

George Carlos melo Lima  
Assinatura do Declarante

11 JUN 2019

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/06/2020 11:33:34  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062911333480500000062764429>  
Número do documento: 20062911333480500000062764429

Num. 63944393 - Pág. 24