



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
63944393	29/06/2020 11:33	<a href="#">ANEXO 2</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 SERNA TALHADA, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
FRIDRIANO PECHOTO, nº 11  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
JOSE FRANCISCO DOS SANTOS, cujo o condutor era  
NILSON MARTINS DA CRUZ  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR-150 Ano: 2011  
Placa: PEL 9945 Chassi: 9C2KDD55087051430  
Data do Acidente: 10/11/2017

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

Jose Quercio da Silva

11-JUN 2019

Assinatura do Declarante

Nilson Martins da Cruz

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE  
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 Fé. Edvirsgens Gomes de Marins Pereira. Tabela Pública. Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERM: R\$ 0,04, FUNSEG: R\$ 0,08, FERC: R\$ 0,40, TNS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,91.

Selo: 0076399-REV05201901.00419 06/06/2019 09:14:19  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)


CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERNA TALHADA - PE  
TITULAR: REGINALDO AMARAL DA SILVA  
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de NILSON MARTINS DA CRUZ. Dou Fé. Serna Talhada/PE. Dou Fé. Reginaldo Amaral da Silva. Tabela Pública. Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80, FERM: R\$ 0,40, FUNSEG: R\$ 0,08, FERC: R\$ 0,40, TNS: R\$ 0,20. Total R\$ 4,91.

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



Terço Social de Energia Elétrica/Cidade pela Lei 10.438, de 26/04/02



**CELPE**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 114, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Ins. Reg. 9005943-63 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 286 442.044-91

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
50003-220

13/05/2019 700030115 9000241

189,54

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	208,0000000	0,78074867	163,17
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,22
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,12
Doação APAE - 0800 722 2723			15,00

**TOTAL DA FATURA** 189,51

SP DO MEDIDOR	TIPO DA Faturação	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWh)
180754	CAI	11/04/2018	7.712,00		13/05/2019	7.921,00	21	1,0000	208,00

**DEBITOS EM DIÁLOGO**

Mês	Valor
MAI 18	308
ABR 18	102
MAR 18	228
FEV 18	240
JAN 18	218
DEZ 18	232
NOV 18	242
OUT 18	248
SET 18	182
AGO 18	182
JUL 18	188
JUN 18	180
MAY 18	180

**ICMS**

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
184,30	25,00	46,08
184,30	1,10	2,03
184,30	5,37	9,82

**CONTRIBUIÇÃO DE OUTROS**

Descrição	Valor	%
Contribuição de Energia	10	52,00
Transmissão	10	5,00
Distribuição (Celpe)	10	52,00
Perdas de Energia	10	11,12
Energia Distribuída	10	5,00
Tributação	10	51,81
Total	10	184,30

Consumo Ativo (kWh) 0,52457718

8075.828A.D72.FFAF.C8BC.2E93.8677.E948

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no prazo mais curto de 10 dias após a emissão da fatura. O atraso gera multa de 0,1% ao dia e juros de 12% ao mês. A fatura é emitida em nome do titular da conta. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada. O cliente deve manter a fatura atualizada para evitar problemas de corte de energia. O cliente deve manter a fatura atualizada para evitar problemas de corte de energia. O cliente deve manter a fatura atualizada para evitar problemas de corte de energia.

DEBITO	VALOR	DATA	DEBITO	DATA	DEBITO	DATA
PD	0,00	0,00	PD	0,00	PD	0,00
PD	0,00	0,00	PD	0,00	PD	0,00
PD	0,00	0,00	PD	0,00	PD	0,00

Unidade: R\$ 100,00

11 JUN 2019



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

Companhia Energética de Pernambuco  
R. João de Barros, 111, Bos Vistas, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Insc. Est. 0605943-03 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

DADOS DO CUENTE  
JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SI VOLTA DO RIACHO 11 -C

CPF- 658 840 944-34

BOM NOME - REGIAO RURAL/BOM NOME  
SAO JOSE DO BELMONTE PE  
58950-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

CONTA/CONTRATO	MESUNO
7025120307	03/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PAGAMENTO LETURAS
27/03/2019	17/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	

TOTAL A PAGAR (R\$) 35,71

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Whh)	43,0000000	0,76250324	32,98
Contrib. Sum. Pública Municipal			2,33
Multa por atraso-NF 026828487 - 19/10/18			0,36
Juros por atraso-NF 026828487 - 19/10/18			0,66

TOTAL CAPATERS	35.7
----------------	------

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA PONTAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE SAÍDAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
20161236-03	CAT	16-03-2019	145,00	20-03-2019	109,00	32	1,00000		40,00

### HISTORY OF CONVENTS

Month	New HIV Infections
MAR 98	35
APR 98	30
MAY 98	30
JUN 98	30
JUL 98	30
AUG 98	30
SEP 98	30
OCT 98	30
NOV 98	30
DEC 98	30
JAN 99	30
FEB 99	30
MAR 99	30

## INFORMACIÓN DE YIELDUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR MPO
ICMS	32,36	25,00	8,09
PIS	32,36	1,01	0,33
COFINS	32,36	4,68	1,51

Содержание. Авторское резюме

Gerador de Energia	FG	10,00	30,00%
Transmissão	FG	1,40	4,01%
Distribuição (D)	FG	6,00	21,40%
Perdas de Energia	FG	2,10	6,77%
Energia Sobresita	FG	1,70	5,03%
Taxação	FG	0,80	2,32%
Total	FG	32,30	100%

**TABLES APPLICABLE**

Consumo Agvo(WP) 0.52186300

## REFORMA DO FISCAL

05AC B03B B0BB A03F EB12 17DE FCBB 9CF2

## INFORMANTS REPORTED

[illegible]

As condições gerais de  
Normas e procedimentos AFRE,  
41420101, se – a produção  
será feita em condições de  
estrutura e disposição, para  
conduzir, ao longo das unidades de  
abastecimento a rio até  
[www.dafpe.com.br](http://www.dafpe.com.br)

#### DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONSUMERS	VALUE ADDED MANUFACTURING	LASTE MONTH	LASTE TRIMESTRAL	LASTE ANUAL
ENC		5,00	11,34	23,04	47,79
ENC					

## NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	mínimo	máximo
220	202	231

11 JUN 2019





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:

Relatório do mês com curso  
com Thomas no pte (E)  
Lecções do pte (E)  
Comitê/Ministros

**Hipótese Diagnóstica:**

$f_x$  exporta do país (7)

**Conduta Terapêutica:**

- 1) Kloro kremo peritricin
- 2) Ciprofloxacin 25, EV 14/20
- 3) 5% 2% 100ml, EV + Toradol 0,1g 14/20
- 4) Cefepime 0,5g + 5% 2% 100ml 14/20
- 5) Vacina anti-tetanică 14/20

11 JUN 2019

Normal NO Jura F.C/Fn SGNP: 5295854

Observação ☒ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Maria Irandi Gonçalves Ribeiro  
ENFERMEIRA  
CORENJE M2752

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

Nº 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 Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JOSE FRANCISCO DOS SANTOS	658.840.944-34	
Profissão:	Endereço:	Número:
APOSENTADO	SITIO VOLTA DO RIACHO	11-C
Bairro:	Cidade:	Estado:
ZONA RURAL	SÃO JOSE DO BELMONTE	PE
E-mail:	CEP:	Complemento:
	56950-000	CASA
	Tel.(DDD):	
	(87) 99998-1477	

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0914 ☐ CONTA: 65145 ☐ 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: SÃO JOSE DO BELMONTE-PE 11-06-19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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.





10/05/2019

Boletim de Ocorrência



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000346

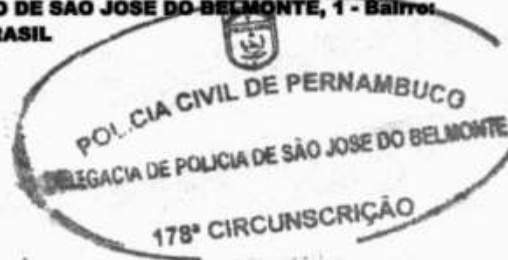
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/05/2019 às 09:47

**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 - Bairro: 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, AOL 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**

/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

1/2



10/05/2019

Boletim de Ocorrência

Descrição: **PROPRIETÁRIO : JOSE QUERCIO DA SILVA**

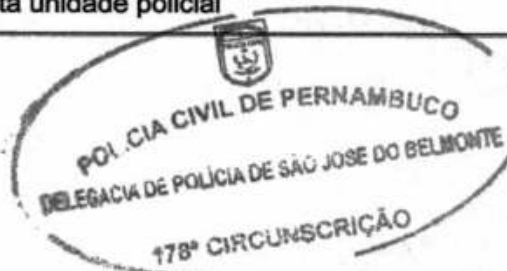
**Complemento / Observação**

**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 CONTRÁRIO, 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**





**Lauda 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 São 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?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>PÉ - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual <b>(X) 25% leve</b><br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                    | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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. Denize A. Silva**  
CRM: 15.132  
Ortopedia-Traumatologia  
Hospital São Francisco





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 658.840.944-34 Nome completo da vítima: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

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

Nome completo: JOSE FRANCISCO DOS SANTOS CPF: 658.840.944-34  
Profissão: APOSENTADO Endereço: SITIO VOLTA DO RIACHO Número: 11-C Complemento: CASA  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO JOSE DO BELMONTE Estado: PE CEP: 56950-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (87) 99998-1477

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0914 CONTA: 65145 2 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:  
☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: SÃO JOSE DO BELMONTE-PE 11-06-19  
Nome: \_\_\_\_\_ 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO: \_\_\_\_\_  
Jose Francisco dos Santos Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
George Carlos Melo Lima Assinatura do Procurador (se houver)  
Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_

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



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, retorne 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





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





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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14442989

Pag. 01327/01328 - carta\_01 - INVALIDEZ



# 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





## Procuração

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

1. Outorgante JOSE 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  
SR VOLTA DO DIACHO, 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 MELLO LIMA  
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE  
em 24/07/2017 inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na  
ANTONIO TOME DE SOUZA, nº 573  
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTÓVÃO, cidade  
SERRA TALHADA, Estado PE

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

SÃO JOSE DO BELMONTE 09 de 05 de 2019

Outorgante X Mose SANCHEZ DOS SANTOS

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE  
Titular: REGINALDO AMÍLIO DA SILVA  
Telefone: (07) 36311.824

Reconheço a Firma por autenticação de JOSE FRANCISCO DOS SANTOS, Dou Fé, Serra Talhada - PE, em 11/06/2019, da verdade. ( ) Reginaldo Amílio da Silva (CPF nº 008.475.324-29) Maria Lúcia de Sousa, Substituta. Encargos: 0,39. TEMA-R\$ 0,40. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEC-R\$ 0,06. JUS-PE

Selo: 0074972.VBT04201902.04950 09/05/2019 09:17:40  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

Maria Lúcia de Sousa  
CPF: 008.475.324-29

11 JUN 2019



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197503/19

**Vítima:** JOSE FRANCISCO DOS SANTOS

**CPF:** 658.840.944-34

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

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

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

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### 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





## 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





11 JUN 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 C. AMPLICAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

ONE

GEORGE CARLOS MELO LIMA

DOC. IDENTIDADE CIVIL EMISSOR FUP  
 5840550/56F PE

CPF  
 008.475.324-29

DATA NASCIMENTO  
 03/05/1978

RELACÃO  
 GILBERTO CARLOS DE LIMA  
 A  
 MARIA DE LOURDES MELO  
 DE LIMA

PERM. SEAR  
 00000000000000000000

DATA EXPIR  
 31/12/2021

REGISTRO  
 02136855400

VALIDADE  
 30/06/2022

EXATIDÃO  
 18/12/2001

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1482661245

OBSERVAÇÕES  
 RAZ  
 CNTR

*George Carlos Melo Lima*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
 SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO  
 24/07/2017

23820552568  
 PE079964288

PERNAMBUCO

11 JUN 2019







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:

Lesão de mto com uma  
mancha no pé (2)  
branco do pé (2)  
lesão/montado

Hipótese Diagnóstica:

Ex. exposta do pé (2)

Conduta Terapêutica:

- 1) Curativo com antisséptico
- 2) Curativo de 2<sup>a</sup> EV 14/10
- 3) SF0,2% 100ml, EV + Iodo 0,5% 14/10
- 4) Tebropen 0,37 + SF0,2% 100ml 14/10
- 5) Vacina anti-tetânico + 14/10

11 JUN 2019

100ml NO 2<sup>a</sup> EV F. G.F. SGN: 5295854

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Médico

Maria Irandi Gonçalves Ribeiro  
ENFERMEIRA  
CORENPE 412752

Téc./Aux. Enfermagem

Assistente Social

Paciente e/ou Responsável



91862068  
22/05/01

20/11/17; às 14h, deu entrada neste  
serviço, José Francisco dos Santos, 60 anos,  
vítima de acidente de trânsito, com lesões,  
consciente, orientado, eufórico, normotenso, com  
lesões no tórax, e trauma grave  
em pé direito (fratura exposta e possível  
lesão de tendões em região dorsal) realiz-  
do limpeza + curativo compressivo na lesão  
do pé direito, e imobilização do membro com  
algodão + tala de papulão. O mesmo foi  
transferido para Soma Talhada, Soma nº  
5295854 (HOSPARY) acompanhado pela fi-  
lha da enfermagem Edilene. Instalado AUP  
em MSE Jélio nº-18 + SF 019/2. Med. conforme  
prescrição médica, administrado vacina antitetânica  
repost. Às 17h, nos foi informado que o  
paciente foi avaliado em Soma Talhada  
e direcionado ao hospital em Curuaris.

motocicleta Honda  
tre. enf. Edilene.

Maria Ingrid Gonçalves Ribeiro  
ENFERMEIRA  
COREN-CE 612762

11 JUN 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Francisco da Silva

Prontuário: 309007

Data: 10/11/2017 Hora: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta com  
perda óssea de múlt. por  
fraturas dos metatarsos

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

No ambulatório de  
ortopedia (O mais próximo  
possível da residência) em 21 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

limpeza e irrigação do ferimento  
Fixação possível para  
garantir algum alinhamento  
pe

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 -**

ATESTADO que o Segurado João Francisco  
Dr. S. S. portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
série \_\_\_\_\_, necessita de 30 dias

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

HMA  
Hospital ou Ambulatório

Cam 15/12/17  
Localidade e Data

[Assinatura]  
Ass. do Médico - CRM Nº \_\_\_\_\_

**NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas  
no Art. 86 do RGPS, 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 RESSEGURO. <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 Líder-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:	CEP: <u>56.903-220</u>	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

DLDR.001 V001/2017

