



09/07/2020

Número: **0000942-91.2019.8.17.3340**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de São José do Egito**

Última distribuição : **20/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64414488	09/07/2020 11:10	ANEXO 1	Outros (Documento)

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: 18/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000025543-8

Nr. da Autenticação A87A6A2E66A6BA8D



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180150519**
Vítima: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**
Data do Acidente: **09/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180150519**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00435/00436 - carta_03 - INVALIDEZ

00060218



Carta nº 12615341



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180150519**

Vítima: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**

Data do Acidente: **09/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180150519**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12617776

Pag. 00977/00978 - carta_01 - INVALIDEZ

00020489



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**

Sinistro: **3180150519**
Vítima: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**
Data do Acidente: **09/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180150519** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00903/00904 - carta_02 - INVALIDEZ

00050452



Carta nº 12780830



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Carta nº: 12858489

A/C: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

Nº Sinistro: 3180150519
Vitima: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS
Data do Acidente: 09/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001296

Conta: 0000025543-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01267/01268 - carta_15R - INVALIDEZ

00020634





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI

C.P.F. da Vítima

Nome completo da vítima

119 435 334-00

Diego Tomaz de Almeida Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

C.P.F. titular da conta

Profissão

Diego Tomaz de Almeida Junior 119 435 334-00

Administrador

Endereço

Documento

CNPJ/complemento

Rua Maria Rêta

200-1

Av. São José

Bairro

Cidade

Estado

C.P.F.

Zona Rural

San José do Egito

PE

55.700.000

E-mail

Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RENDIMENTO

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

Acima de R\$ 10.000,00

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

☐ **CONTA CORRENTE** (Indique o banco)

BRASILCOM (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITMB (541)

BANCO

Agência

SUA AGÊNCIA BANCÁRIA (000)

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

119 435

25.154.338

Informação de conta poupança

Informação de conta corrente

Informação de agência

Informação de conta

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

Assinado por

Local e Data

EXCELSIOR
13/07/2020

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FABR-001-004/2012



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 06/02/2018

ASP/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 1296 SAO JOSE DO EGITO OPER: 013 CONTA: 25.543-8
PERIODO: 06022018 ATE: 06022018 CPF: 129.415.334-00
NOME: DIOGO TOMAS DE A SANTOS VLR.BIQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
----------	------------------	---------	-----------	-----------

SALDO EM 05/02/2018		R\$	0,00
F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	TEX45EAE
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR



Date: 06/02/2018 Time: 12:40:09



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA DO JUIZADO ESPECIAL DA COMARCA DA PIAUI, ESTADO DO PIAUI.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, brasileiro, solteiro, advogado, inscrita no OAB nº 11.111, residente e domiciliado em [endereço], por meio de seu advogado, [nome], inscrita no OAB nº [número], vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, requerer a

anulação do processo nº [número] do JUIZADO ESPECIAL DA COMARCA DA PIAUI, em razão de

ter sido celebrado em desconhecimento da pessoa jurídica [nome], inscrita no CNPJ nº [número], que é a verdadeira parte interessada no processo, conforme se verifica dos autos.

Requer, portanto, a anulação do processo em epígrafe, com a consequente extinção do processo nº [número] do JUIZADO ESPECIAL DA COMARCA DA PIAUI, em razão de ter sido celebrado em desconhecimento da pessoa jurídica [nome], inscrita no CNPJ nº [número], que é a verdadeira parte interessada no processo, conforme se verifica dos autos.

Requer, ainda, a condenação do requerente ao pagamento das custas processuais.

Requer, por fim, a condenação do requerente ao pagamento das custas processuais. Requer, ainda, a condenação do requerente ao pagamento das custas processuais. Requer, por fim, a condenação do requerente ao pagamento das custas processuais.

Requer, portanto, a anulação do processo em epígrafe, com a consequente extinção do processo nº [número] do JUIZADO ESPECIAL DA COMARCA DA PIAUI, em razão de ter sido celebrado em desconhecimento da pessoa jurídica [nome], inscrita no CNPJ nº [número], que é a verdadeira parte interessada no processo, conforme se verifica dos autos.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
[assinatura]

Advogado [nome]
[assinatura]

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA DO JUIZADO ESPECIAL DA COMARCA DA PIAUI, ESTADO DO PIAUI.

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA DO JUIZADO ESPECIAL DA COMARCA DA PIAUI, ESTADO DO PIAUI.

[assinatura]
[assinatura]
DELEGADO DO JUIZADO ESPECIAL DA COMARCA DA PIAUI, ESTADO DO PIAUI.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 168ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO
EGITO - DP168ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0258000529**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/04/2018** às
09:12

Complementa o BO Número: **18E0258000262**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia **9/12/2017** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO, 1, SÍTIO
SANTA RITA, ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO - Bairro: CENTRO - SÃO
JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: ESTRADA
VICINAL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDETERMINADO (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDIO FERREIRA DE BRITO (OUTRO)
DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA (TESTEMUNHA)
DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a),
DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

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

**DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
CRISTIANE SANTOS SOARES Pol: DAMIÃO TOMÁS DE ALMEIDA Data de Nascimento:
18/11/1999 Naturalidade: SÃO JOSÉ DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
10902884/SDS/PE (RG). 12541633488 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª.
GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares:
- 97886699173**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO EGITO, 1, SÍTIO LAGOA DA OUTRA
BANDA, ZONA RURAL DESTA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SÃO JOSÉ DO
EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA



DE FÁTIMA DE ALMEIDA Pat: **JOSÉ TOMÁS DE ALMEIDA** Data de Nascimento: **18/6/1978**
Naturalidade: **SAO JOSE DO EGITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6081392/SSP/PE**
(RG) **26786333818** (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **87399481986**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO EGITO, 1, SÍTIO LAGOA DE OUTRA BANDA, ZONA RURAL DESTA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO EGITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CLAUDIO FERREIRA DE BRITO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO FERREIRA DE BRITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PF22198** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO EGITO) Renavam: **482617548** Chassi: **9C2KD9556CR301278**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA/NXR-150 BROS/ES**

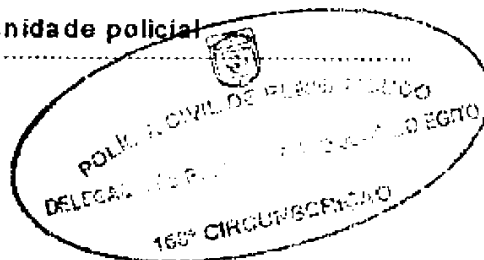
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA CIRCUNSCRIÇÃO DE POLÍCIA CIVIL, A PESSOA DA VÍTIMA **DIOGO TOMÁS DE ALMEIDA SANTOS**, NOTICIANDO DE QUE NO ÚLTIMO DIA **08/12/2017**, POR VOLTA DAS **14:30 HORAS**, DEPOIS DE MAIS UM DIA DE FEIRA, AONDE O MESMO NOS MOMENTOS DE FOLGA DA ESCOLA AJUDA OS PAIS, QUANDO SE DESLOCAVA DESTA CIDADE DE SÃO JOSÉ DO EGITO PARA A SUA RESIDÊNCIA NO SÍTIO LAGOA DE OUTRA BANDA, ZONA RURAL DESTA PELA ESTRADA VICINAL QUE DÁ ACESSO AQUELE SÍTIO, EM SUA MOTOCICLETA HONDA NXR-150 BROS ES, PLACA PF2-2198, NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO SANTA RITA, O MESMO DERRAPOU E VEIO A CAIR DA MOTOCICLETA, E FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE **DAMIÃO TOMÁS DE ALMEIDA**, O QUAL FOI TRAZIDO PARA O HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA E FOI EXAMINADO PELO MÉDICO PLANTONISTA DR. **DIOGO ARAÇÃO DE SIQUEIRA**, O QUAL CONSTATOU A FRATURA DA TÍBIA DA PERNA DIREITA, DIANTE DOS FATOS RELATADOS A VÍTIMA PROCUROU ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA REGISTRAR O PRESENTE PROCEDIMENTO PARA FINS DE DIREITO.

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

DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS
(VÍTIMA)

DAMIÃO TOMAS DE ALMEIDA
(TESTEMUNHA)



B.O. registrado por: **SILVIO ROMERO LUCENA PATRIOTA** - Matrícula: **3299876**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 0271206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome completo da vítima

CPI da Vítima

Data do acidente

Antônio Teodoro de Mello Junior 129.415-554 08-11-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPI do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

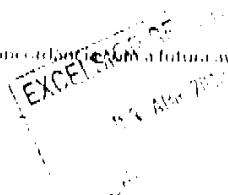
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa a prova ou a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.



S. Teodoro de Mello Junior
Local e data:

de 2018

Antônio Teodoro de Mello Junior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

LAU1001V001 2017



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:	18/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000025543-8

Nr. da Autenticação A87A6A2E66A6BA8D



HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA
São José do Egito - PE
 Rua Antonio Mariano de Sousa, n. 16
 Bairro: Antonio Marinho
 Fone: (07)3844-1192 Cep: 56700-000

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprografica do documento que se foi apresentado em Cartorio pela parte interessada.
 Dou fe. São José do Egito, 07/07/2020.
 Em testemunho da verdade.
 MARIA DILENEVA RAFAEL DE SIQUEIRA
 TOTAL: 4,09 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
 Selo: 0074896.DS.01201901.01916

Data 10/08/2017 Hora: 08:03:13

Cod Paciente 20057

Paciente **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**
 Atendimento: CONSULTA
 Mãe: CRISTIANE SANTOS SOARES
 Nascimento: 18/11/1999
 Profissao: ESTUDANTE
 Estado Civil: N INF.
 Endereço: LAGOA DA OUTRA BANDA
 Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: SAO JOSE DO EGITO - PE - 56700-000 - 2013602
 C.N.S.
 CPF:
 Digitador: ANA CAROLINE

Pai/Resp DAMIAO TOMAS DE ALMEIDA
 Cor: BRANCA Sexo: F
 Fone:

Num.

Identidade: 10.063.654 SDS PE
 Reg Nasc

ANTECEDENTES	☐ HAS	☐ CARDIOPATIAS	☐ DM	☐ OUTROS
HABITOS	☐ FUMANTIL	☐ ETILISTA	☐ USUARIO DE DROGAS	
PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	GLICEMIA CAPILAR	TEMPERATURA

ESCALA DE DOR

QUEIXA PRINCIPAL

EVOLUÇÃO MÉDICA

Acidente de Moto
 28/10/2017 às 18:33

Tumores unguais em ambos

Pr. na ulnar

08/12/14

Furto do 43

Acidente de moto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Confere com o original

Data 29/01/18

Jesus Adilson M. da Silva
 DPT: de Contas Médicas
 Mat. 33.019-1

*Dr. Carlos Roberto de Sousa
 Médico
 CRM-PE 55451-15*

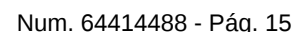
Volunt. U. up - 3m

*M. do Socorro Monteiro da Silva
 Téc de Enfermagem
 COREN-PE 56706*

*Tumores unguais em ambos
 C.A.F. 1 x 10.000 500.846
 361.000 OK*

Tumores unguais em ambos







Título Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 13.488, de 2014
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50066-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 (Insc. Est. 000643-83) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIAVILIA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 368.710.364-15

INTERESSADA TALHAIA
SERRA TALHAIA PT
90912-130

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Manufatura

00304020	184CA	2014M2013
26/06/2017	15/01/2018	30/07/2017

03/10/2017	30/10/2017	213,68
------------	------------	--------

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	278 0000000	0,87318022	106,74
Atividade Desativa AMATELA			8,74
Atividade Desativa VITRINELUX			2,87
Consumo, de Fornecimento Público			7,00
KWB Desvencão-LOG-Nº 002147186-16/07/17			1,40
Multa por atraso NF 002622123-22/06/17			2,07
Multa por atraso NF 002147186-16/07/17			2,82
Multa por atraso NF 002147186-16/07/17			1,72
Multa por atraso NF 002622123-22/06/17			1,16
Aluguel do BIPM Nº 002622123-22/06/17			0,10
PROTEÇÃO (DUT) 1412-680 1000 021 6000			0,00

TOTAL DA FATURA 213,68

Nº DO	PERÍODO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DO	VALOR (R\$)	AUMENTO	PERCENTUAL (%)
DESCRIÇÃO	DATA	DATA	DATA	DESCRIÇÃO			
0102141210	1.8.17	1.8.16	26.08.17	1.8.17	1.8.16		118,18

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%
0102141210	106,74	49,9%	Atividade Desativa AMATELA	8,74	4,1%
0102141210	106,74	49,9%	Atividade Desativa VITRINELUX	2,87	1,3%
0102141210	106,74	49,9%	Consumo, de Fornecimento Público	7,00	3,3%
0102141210	106,74	49,9%	KWB Desvencão-LOG-Nº 002147186-16/07/17	1,40	0,7%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002622123-22/06/17	2,07	1,0%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002147186-16/07/17	2,82	1,3%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002147186-16/07/17	1,72	0,8%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002622123-22/06/17	1,16	0,5%
0102141210	106,74	49,9%	Aluguel do BIPM Nº 002622123-22/06/17	0,10	0,0%
0102141210	106,74	49,9%	PROTEÇÃO (DUT) 1412-680 1000 021 6000	0,00	0,0%

Este documento contém informações de caráter confidencial e não deve ser divulgado a terceiros sem a autorização expressa da Companhia Energética de Pernambuco. Qualquer violação das condições de uso deste documento poderá acarretar sanções legais.

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%
0102141210	106,74	49,9%	Atividade Desativa AMATELA	8,74	4,1%
0102141210	106,74	49,9%	Atividade Desativa VITRINELUX	2,87	1,3%
0102141210	106,74	49,9%	Consumo, de Fornecimento Público	7,00	3,3%
0102141210	106,74	49,9%	KWB Desvencão-LOG-Nº 002147186-16/07/17	1,40	0,7%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002622123-22/06/17	2,07	1,0%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002147186-16/07/17	2,82	1,3%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002147186-16/07/17	1,72	0,8%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002622123-22/06/17	1,16	0,5%
0102141210	106,74	49,9%	Aluguel do BIPM Nº 002622123-22/06/17	0,10	0,0%
0102141210	106,74	49,9%	PROTEÇÃO (DUT) 1412-680 1000 021 6000	0,00	0,0%

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	%
0102141210	106,74	49,9%	Atividade Desativa AMATELA	8,74	4,1%
0102141210	106,74	49,9%	Atividade Desativa VITRINELUX	2,87	1,3%
0102141210	106,74	49,9%	Consumo, de Fornecimento Público	7,00	3,3%
0102141210	106,74	49,9%	KWB Desvencão-LOG-Nº 002147186-16/07/17	1,40	0,7%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002622123-22/06/17	2,07	1,0%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002147186-16/07/17	2,82	1,3%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002147186-16/07/17	1,72	0,8%
0102141210	106,74	49,9%	Multa por atraso NF 002622123-22/06/17	1,16	0,5%
0102141210	106,74	49,9%	Aluguel do BIPM Nº 002622123-22/06/17	0,10	0,0%
0102141210	106,74	49,9%	PROTEÇÃO (DUT) 1412-680 1000 021 6000	0,00	0,0%

CÓDIGO CONTRATO 83830000002-0 13680011002-9 27807801910-0 00346487683-0
DATA DE VENCIMENTO 03/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 213,68



EXCLUSÃO SEGUROS

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0211204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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 nº 445/12, que trata da prevenção a 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**¹.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP organisa, responde e executa o controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF orgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitadas de atividades ilícitas, prevenir a ocorrência de crimes.

Pelo exposto, eu, Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior, inscrito(a) no CPF sob o Nº 3.241.325.251/0001, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Guilherme de Almeida Lima, inscrito(a) no CPF sob o Nº 3.241.325.251/0001, do sinistro de DPVAT cobertura Acidente da Vítima Guilherme de Almeida Lima, inscrito(a) no CPF sob o Nº 3.241.325.251/0001, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procurador Renda: R\$ 1.000,00 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		Nome	Complemento
R. Francisco Otonari		310	Cidade
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Aruap		PR	85012-300
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

Assinado em _____ de _____ de 2013.
Assinatura e Data

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura eletrônica

EXCLUSIV. SEGUROS



DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, CLAUDIO FERREIRA DE BRITO

brasileiro, solteiro, agricultor, pensionista, residente e domiciliado na Rua Souza Filho, nº 99, Bairro São Borja, nesta cidade de São José do Egito-PE, portadora da CTRG, nº 000489680-SSP-RONDONIA Data da Expedição 28/07/1992, portador do C.P.F. Nº 831.244.204-97. Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS, cujo o condutor era DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS.

VEÍCULO: MOTO

MODELO: HONDA NXR 150 BROSSES

ANO: 2012

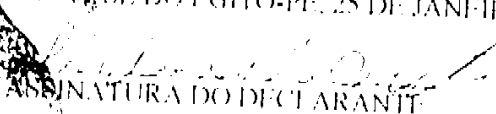
PLACA: PEZ-2109

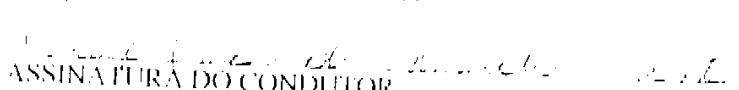
CHASSI: 9C2KD0550CR301279

DATA DO ACIDENTE: 08/12/2017

LOCAL E DATA: SÍTIO LAGOA DE OUTRA BANDA, DESTA MUNICÍPIO, NO
08 DE DEZEMBRO DE 2017

SÃO JOSÉ DO EGITO-PE, 25 DE JANEIRO DE 2018


ASSINATURA DO DECLARANTE


ASSINATURA DO CONDUTOR

Assinado por: AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA DE CLAUDIO FERREIRA DE BRITO, DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS, em 25 de Janeiro de 2018, em São José do Egito-PE, PE, com o intuito de declarar a propriedade do veículo abaixo mencionado, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS, cujo o condutor era DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS, em 08 de Dezembro de 2017, em Sítio Lagoa de Outra Banda, desta Município, no 08 de Dezembro de 2017.

EXCELSIOR REGISTROS
11/01/2018



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180150519

Nome do(a) Examinado(a): DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): um, sn - São José do Egito/PE - CEP 56700-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 10063654 - sds-pe - 20/10/2014

Data e Local do Acidente : 09/12/2017 - São José do Egito/PE

Data e Local do Exame : 15/05/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura de tibia diafisária direita

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

Tratado cirurgicamente com fixador externo, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

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

vítima com consolidação viciosa da fratura, com deficit de força do membro inferior direito de grau moderado, alteração da marcha (++-++++), com mobilidade do membro preservada, presença de hipotrofia muscular local, com cicatriz cirurgica.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

Limitação funcional de grau moderado do membro inferior direito, com consolidação viciosa da fratura, hipotrofia muscular local.



VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

membro inferior direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.





LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF : PE



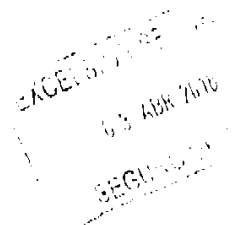
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o (a) Senhor (a) DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS compareceu a este estabelecimento para consulta médica no ano 2017 conforme ficha/prontuário nº 20.057. Informamos que a cópia fornecida por esta Unidade Hospitalar confere com o original que se encontra em nosso arquivo à disposição do DPVAT para quaisquer esclarecimentos.

São José do Egito-PE, 29 de JANEIRO de 2018.

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

Assinatura e carimbo



Rua Antônio Mariano de Souza, 16 – Bairro Antônio Marinho
São José do Egito/PE – CEP 56700-000 - Tel.: (87) 3844 1192
CNPJ 11.503.081/0001-69
e-mail: hgmr_s@hotmail.com



HOSPITAL MARIA RAFAEL DE SIQUEIRA
São José do Egito - PE
 Rua Antonio Mariano de Sousa, n. 16
 Bairro: Antonio Marinho
 Fone: (87)3844-1182 Cep: 56700-000

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprografica do documento que se foi apresentado em Cartorio pela parte interessada. *[Assinatura]*
 Dou fe. São José do Egito, 07/02/2018.
 Em testemunho da verdade.
 MARIA OLENEVA RAFAEL DE SIQUEIRA
 TOTAL: 4,09 AVALIADO GOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
 Selo(s): 0074896.DS.01201801.01916

Data 10/08/2017 Hora: 08:03:13

Cod Paciente: 20057

Paciente: **DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS**

Atendimento: CONSULTA

Mae: **CRISTIANE SANTOS SOARES**

Nascimento: 18/11/1999

Profissao: **ESTUDANTE**

Estado Civil: **N INF.**

Endereco: **LAOOA DA OUTRA BANDA**

Bairro: **ZONA RURAL**

Cidade: **SAO JOSE DO EGITO - PE - 56700-000 - 2613602**

C.N.S.

CPF:

Digitador: **ANA CAROLINE**

Par/Resp **DAMIAO TOMAS DE ALMEIDA**

Cor: **BRANCA**

Sexo: **F**

Fone

Num.

Identidade: **10.063.654 SDS PE**

Reg. Nasc.

ANTECEDENTES:		☐ HAS	☐ CARDIOPATIAS	☐ DM	☐ OUTROS
HABITOS		☐ FUMANTE	☐ ETILISTA	☐ USUARIO DE DROGAS	
PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	GLICEMIA CAPILAR	TEMPERATURA	
ESCALA DE DOR		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			

QUEIXA PRINCIPAL

EVOLUÇÃO MÉDICA

[Assinatura]
 28/10/2017 às 18:33
 Acidente de Moto

Tumor interno no ombro @.

P. no ultrassom

08/12/17

Fufo do 43

caso de acidente de moto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Confere com o original

Data 28/01/18

Jesus Adilson M. da Silva
 DPT: de Contas Médicas
 Mat. 33.019-1

[Assinatura]
 Dr. Diego Augusto de Sousa
 MÉDICO
 CRM-PE 231769

[Assinatura]
 LAURENTE
 03/08/2018

[Assinatura]
 2º do Socorro Monte da Silva
 Téc de Enfermagem
 COREN-PE 56706

① Tumor de 10 cm
 CAPS x 10 cm 5x0.8x6
 34i. 4x4. OK
 ② Tumor de 10 cm 4x4.



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

ESTABELECIMENTO DE ORIGIN (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)

HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA

MEIO DE CONTATO

FRANCISCO ERLANDO DE MELO JUNIOR

DATA DE EMISSÃO

11/12/17 13:29

REGIÃO DE SAÚDE

303916

Identificação do Paciente

IDENTIFICADOR DO PACIENTE

DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705100414017379

DATA DE NASCIMENTO

18/11/1999

SEXO

MASCULINO

ENDEREÇO DO PACIENTE

CRISTIANE SANTOS SOARES

TELEFONE DO PACIENTE

87990461300

LOCAL DE RESIDÊNCIA

SITIO LAGOA ZONA RURAL

CIDADE DE RESIDÊNCIA

SAO JOSE DO EGITO

CODIGO DE MUNICIPIO

201360200

UF

PE

CEP

56700000

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE

AMBULANCIA

DATA DE EMISSÃO

18/12/17 15:29

ORIGEM DO PACIENTE

DESTINO DO PACIENTE

Regulador

IDENTIFICADOR DO REGULADOR

ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

PROFISSÃO

CIRURGICO

ESPECIALIDADE

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO DE DESTINO

CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO

16/12/17 18:10

MEIO DE AUTORIZAÇÃO

EXCELSA

03/10/2017

Lais Marina dos Santos
ENFERMEIRA
COREN - PE 383116



Hospital São Vicente

Data de Atendimento: 18/12/2017 N° Registro: 000149129
 Identificação do Paciente: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA SANTOS 306 - TRAUMA FEM. 03
 Data Nascimento: 18/11/1999 Idade: 18 Sexo: Masculino Out: Sem informação
 Estado Civil: Casado(a) Profissão: AGRICULTOR Nacionalidade: Brasileiro
 Educação: Fm: DAMIAO TOMAS DE ALMEIDA Mãe: CRISTIANE SANTOS SOARES
 Endereço: FAZENDA SANTA RITA 2009
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO JOSE DO EGITO Estado: PE Telefone: (87) 9946-1900
 ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA
 Acidente de Trânsito: ☐ Acidente de Trabalho: ☐ Outros Acidentes: ☐ Agressão: ☐
 Suicídio: ☐ Canal: ☐ Outros: ☐
 Nome do Acompanhante: Telefone para contato:
 End. res:
 Local da Ocorrência:
 ATENÇÃO SE EXAME FÍSICO

Exame físico:
 Trauma Fm

Diagnóstico Inicial:
 Trauma Fm

AT:
 Diagnóstico Final:
 Trauma Fm

EXCELSIOR SECUR
 18/12/17

CONDIÇÃO DE ALTA:
 Melhorada: ☒ Decrésculo: ☒
 Inalterado: ☐ Alta: ☐
 Piorado: ☐ Transferência: ☐
 Morto: ☐ Evacuado: ☐
 Outro: ☐ Indefinida: ☐

Ratou em:
 Data:
 Local:
 Médico responsável:
 18/12/17
 18/12/17
 17



Chunglao:

1645A

11/25/12

Abstract:

9-11-25 (2024)

2015-04-22 15:00

15. $\overline{f^2} = \overline{f}^2$ (N.Y.S. F.S.N. 15.1)

THE HOUSE OF REPRESENTATIVES

1. Function of TEMPO EXTRA

(6) causare

EXCEL SIOK STRENGTH

22



My Ambo CAP
29/10/17

09-12-17
R. K. Damasceno F. P. Mello
R. K. Damasceno F. P. Mello

22
12/17 Curativo Admairson

23/12/17 curativo 10:40 h

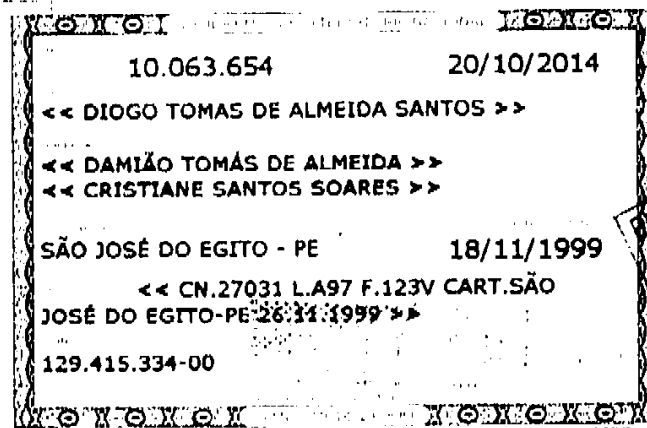
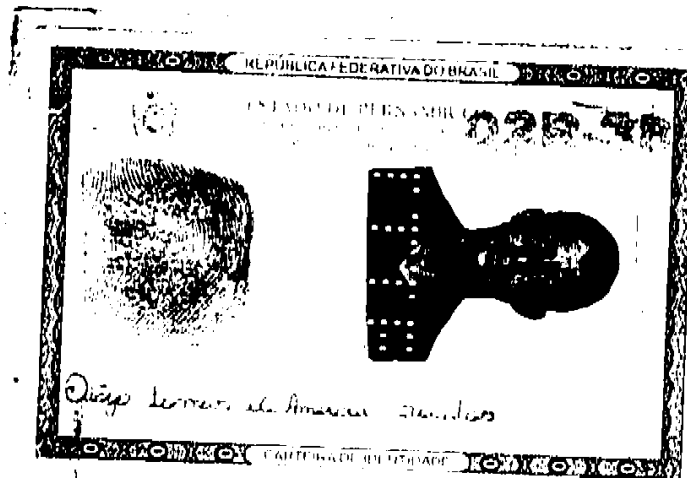
01/01/18 Curativo madrugada 18:20

Confere com o original
Data 29/01/18

Jesus Adilson M. da Silva
DPT: de Contas Médicas
Mat. 33.019-1

EXCELSIOR SECUNDOS
13 Abr 2018
10:11:20





PROCELO SING. SEC. 150
23. 10/10/2014



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DIG. IDENTIDADE / OUT. CANCEL. / M.
6870403 028 PE

CPF
093.394.744-98

DATA NASCIMENTO
19/08/1983

PAISAGEM
AMERICO PEREIRA DA SILVA
MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO
ACC **CAE HAS**
AD

Nº REGISTRO
24035894409

VALIDADE
18/11/2019

Nº HABITUAÇÃO
06/09/2010

UNIDADE
A

Assinatura do titular
[Assinatura]

LOCAL
BRUNA TALEADA - PE

DATA EMISSÃO
19/11/2014

Assinatura do servidor
[Assinatura]

Nº REGISTRO
47013844488

Nº IDENTIFICAÇÃO
PN063080183

DETRAN - PE - PERNAMBUCOS

VALIDADE
1017067334

VALIDADE
1017067334

EXCETO SE FOR SEU



0005390/18

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 03 de 03 de 2018

X Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

EXCELSIOR SERRA TALHADA
03/03/2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180150519

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA
SANTOS

Data do acidente: 09/12/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO E MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180150519

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DIOGO TOMAS DE ALMEIDA
SANTOS

Data do acidente: 09/12/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita.

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica, consolidação viciosa, hipotrofia muscular da perna direita com diminuição da força do membro inferior direito e alteração da marcha.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com fixador externo.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica (04/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante outorga a qualificação, poderes e o demais, também qualificados, os poderes, atos e transações.

1. Outorgante Diogo Almeida de Almeida Santos

portador(a) do documento de identidade nº 11.003.004 expedido por SE-PE em

22.11.2017 inscrito no CPF sob o nº 171.417.334-00 residente na

12 Rua Nila nº 2007

complemento _____ Bairro Barra Grande Cidade

São José do Egito Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802 expedido por SDS-PE em

29.05.2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25 residente na

Rua Francisco Olavo nº 110

complemento Casa Bairro IPSEP Cidade

Serra Talhada Estado PE

Amplas poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na documentação e conclusões dos processos novos e complementares no Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preencher o formulário de AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Outorgante X Diogo Almeida de Almeida Santos

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:10:58
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911105878500000063220593
Número do documento: 20070911105878500000063220593

EXCELSIOR SERRA
EXCELSIOR SERRA
EXCELSIOR SERRA

