Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

14/07/2020

Número: **0020659-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 24ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **28/04/2020**
Valor da causa: **R$ 7.762,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GENARIO CABRAL DOS SANTOS (AUTOR)	**EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64639290	14/07/2020 11:23	ANEXO 1	Outros (Documento)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432699 **Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS**

Data do Acidente: 31/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERNADETE SILVA DE MOURA

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

Pag. 00921/00922 - carta_01 - INVALIDEZ

00020461

Carta nº 14577461

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432699
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS
Data do Acidente: 31/03/2019
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BERNADETE SILVA DE MOURA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01757/01758 - carta_03 - INVALIDEZ

00050879

Carta nº 14577633

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432699 **Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS**

Data do Acidente: 31/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BERNADETE SILVA DE MOURA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00039/00040 - carta_09 - INVALIDEZ

00060020

Carta nº 15672081

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 115981834 78

4 - Nome completo da vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

6 - CPF: 115981834 78

7 - Profissão: REC INF

8 - Endereço: RUA LAJES DO MIMOSO

9 - Número: 690

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: MIMOSO

12 - Cidade: SURUBIM

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55750 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (81) 96650454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: BERNADETE SILVA DE MOURA

18 - CPF do Representante Legal: 028 300 214-01

19 - Profissão do Representante Legal: REC INF

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 21934 7 (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 ratificando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) ou de outro órgão oficial de perícia para fins do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalei 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.

Para tal fim, 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 future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Outro 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tiver filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vítima grávida)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 essa 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.

NÃO ALFABETIZADO

31 - Impressão digital do polegar direito

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª / Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª / Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

17 JUL 2019

Líder Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Sala 6
Graças - Recife / PE - CEP 52.050-000

40 - Local e Data: SURUBIM/PE 11/07/2019

Bernadete Silva de Mello

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

x Genario Cabral dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001/V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SURUBIM
116ª CIRCUNSCRIÇÃO

555259

0241688/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC DINTERI/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0206001563

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/07/2019 às 11:07

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 31/3/2019 às 18:00
Fato ocorrido no endereço: SITIO CAPIM, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL DE ZEZINHO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASILPróximo a: MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
BERNADETE SILVA DE MOURA (NOTICIANTE)
FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA (OUTRO)
G.C.D.S. (Menor de Idade) (VITIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONFERIDO E ARQUIVADO
17 JUL. 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Graças - Recife - PE - CEP: 52011-040

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): G.C.D.S. (Menor de Idade)
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

BERNADETE SILVA DE MOURA (presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe: JOSEFA PAULINA SILVA DE MOURA Pai: JOSÉ SERAFIM DE MOURA Data de Nascimento: 10/11/1963 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASILDocumentos: 5582012/SDS/PE (RG) Estado Civil: VIUVO(A) Escolaridade: 1°. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares:
- 81995654839
Residencial: RUA LAJE DE MIMOSO, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SURUBIM, 690,

ZONA RURAL - SÍTIO MIMOSO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO

G.C.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe: MARIA APARECIDA CABRAL DOS SANTOS Pai: JOSÉ NATAL DOS SANTOS Data de Nascimento: 28/7/2001 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASILDocumentos: 9738391/SDS/PE (RG), 11598183478 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 81995654839
Residencial: RUA LAJE DE MIMOSO, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE SURUBIM, 690, ZONA RURAL - SÍTIO MIMOSO - CEP: 55750-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA DO MIMOSO

FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoNaturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA SALUSTIANO FERREIRA DE LIMA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SAO CAETANO/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: DesconhecidoNaturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): GENARIO CABRAL DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/ML 125 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE)
Placa: KJX0466 (PERNAMBUCO/SAO CAETANO) Renavam: 190052627 Chassi: CG125BR151122
Ano Fabricação/Modelo: 1985/NÃO INFORMADO Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A SRA. BERNADETE SILVA DE MOURA REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR "GENARIO CABRAL DOS SANTOS" NOTICIANDO QUE NO DIA 31/03/2019, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS O MENOR DESCRITO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KJX-0466-PE, PELA ESTRADA DO SÍTIO CAPIM, ZONA RURAL DESTE MUNICIPIO, QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO DE PLACA E MOTORISTA DESCONHECIDO, ONDE VEIO A CAIR E NA QUEDA SOFRER LESÕES GRAVES EM SEU BRAÇO E OMBRO ESQUERDO, LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE, E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NA CIDADE DE BEZERROS-PE ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, CONFORME APRESENTOU DECARAÇÃO/BOLETIM DE OCORRÊNCIA DA UPA, DECLARAÇÃO/CÓPIA DO PRONTUARIO DO HRA E

17 JUL. 2019

FICHA DE ENTRADA DO HOSPITAL JESUS PEQUENINO. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOSA LEGAIS.

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

BERNADETE SILVA DE MOURA
(NOTICIANTE) Bernadete Silva de Moura

G.C.D.S. (Menor de Idade)
(VITIMA) Genario Cheal dos Santos

B.O. registrado por: JOSÉ ROBERTO DA SILVA - Matrícula: 119534-4

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SURUBIM
119ª CIRCUNSCRIÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
DOCUMENTAÇÃO ORIGINAL
17 JUL. 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, nº 710 - Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-000

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 115981834 78

4 - Nome completo da vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

6 - CPF: 115981834 78

7 - Profissão: REC INF

8 - Endereço: RUA LAJES DO MIMOSO

9 - Número: 690

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: MIMOSO

12 - Cidade: SURUBIM

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55750 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (81) 96650454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: BERNADETE SILVA DE MOURA

18 - CPF do Representante Legal: 028 300 214-01

19 - Profissão do Representante Legal: REC INF

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0835 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 21934 7 (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 tiver direito, reconhecendo e ratificando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) ou de perícia 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.

Para tal fim, assinado, 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Outro 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tiver filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vítima grávida)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 essa 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.

NÃO ALFABETIZADO

31

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª / Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª / Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

17 JUL 2019

Líder Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Sala 6
Graças - Recife / PE - CEP 52.011-337

40 - Local e Data: SURUBIM/PE 11/07/2019

Bernadete Silva de Moura

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

x Genario Cabral dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001/V002/2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Dr. Gentil Augusto de Miranda

PREFEITURA DE SURUBIM

- DECLARAÇÃO –

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Genário Cabral dos Santos,** nascido no dia 28/07/2001, filho da Sra. **Maria Aparecida Cabral do Santos** e do Sr. **José Natal do Santos,** residente no sítio Lajes do Mimoso, na zona rural desta cidade. Solicitou no dia 21/05/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico (colisão moto x carro). Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda** em Surubim - PE, no dia 31/03/2019, pelo médico plantonista **Dr. Mário Júnior CRM – 23472.**

Surubim, 21 de maio de 2019.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador de Enfermagem
Matrícula 10108
Hospital Municipal de Surubim

17 JUL. 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 716 - Loja 5
Graças - Recife/PE - CEP: 52011-040

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761

ADRIANE MARIA MOURA DE A. FERNANDES — RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 045.250.444-04
CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONSUMIDOR — SERVIÇO — VENCIMENTO
CEASA — CRACA — 04/06/2019

CONSUMIDOR — 7001148088 — 05/2019
11/06/2019 — 04/07/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL — QUANTIDADE — PREÇO (R$) — VALOR (R$)

Consumo Ativo(kWh)	100,00000000	0,74165878	74,16
Adicional Bandeira Amarela			0,67
Contribuição Iluminação Pública Municipal			22,38
ICMS Substituição-ICMS-ST 152955C E-08/2019			3,93
ICMS Substituição ODE-ICMS-ST 154744305 04/04/19			1,11

TOTAL A PAGAR — R$ 148,40

MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	05/05/2019	[illegible]	04/06/2019	[illegible]	29	1,00000		100,00

Histórico de Consumo — Média: [illegible]
JAN/19 [illegible]
FEV/19 [illegible]
MAR/19 [illegible]
ABR/19 [illegible]
MAI/19 [illegible]
JUN/19 [illegible]
JUL/19 [illegible]
AGO/19 [illegible]
SET/19 [illegible]
OUT/19 [illegible]
NOV/19 [illegible]
DEZ/19 [illegible]
JAN/20 [illegible]

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO TRIBUTO
ICMS	[illegible]	25,00	[illegible]
PIS	[illegible]	0,17	0,00
COFINS	[illegible]	0,79	0,00

Comparativo do Consumo

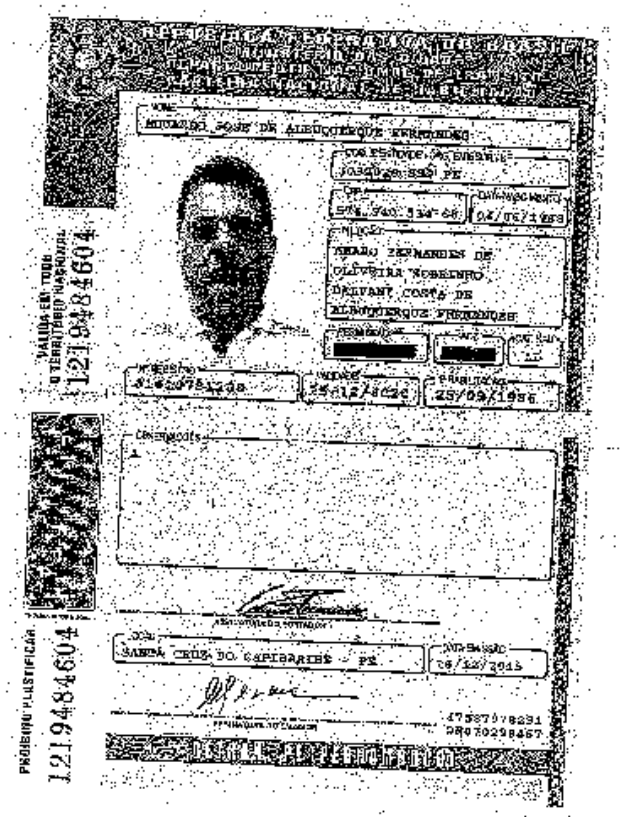
Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	[illegible]	[illegible]

Consumo Atual: [illegible]

87E2.D/QF C8H1CB41.7F60.E216.3217.A9E7

Gente Seguro S/A
Av. Rui Barbosa, [illegible]
Graças - Recife - PE

17 JUL 2019



celpe neoenergia

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

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0700943-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO AFRANIO DE ALMEIDA

CPF: 156.372.484-87 | NIS: 20.983.060.037

CLASSIFICAÇÃO

E1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LAURO MONTEIRO 880

MIRACOVI DESTINERO
SURUBIM-PE
55750-000

Consumo Ativo (kWh)	Quantidade	Preço (R$)	Valor (R$)
Consumo Ativo (kWh)	30,00000000	0,18407 EUR	5,52
Consumo Ativo (kWh)	100,00000000	0,22681239	22,68
Contrib. Iluminação Pública			3,32

TOTAL DA FATURA 31,27

Nº do Medidor	Tipo da Leitura	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
[illegible]	[illegible]	31/05/2019	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,0000		100,00

	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Geração/Energia	[illegible]	[illegible]	42,00%
Transmissão	[illegible]	[illegible]	8,22%
Distribuição (Fixo)	[illegible]	[illegible]	28,96%
Perdas de Energia	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Tributos	[illegible]	[illegible]	[illegible]

	Consumo	Valor Anterior (kWh/dia)	Média Atual	Leitura Temporal	Valor Atual	Tensão Nominal (V)	Data de Validação (V) Menor	Maior
Alto	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	220	220	231
Fora	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
Ponta	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			

Unidade: R$/m³ | Preço - Valor Médio por m³ Medido Dividido por Média Diária

Nº da Fatura	Nº do Contrato	Data de Vencimento	Total a Pagar (R$)
[illegible]	[illegible]	26/07/2019	31,27

83820000000-2 31270017002-2 00446201010-7 13972402203-3

17 JUL. 2019

Gentil Serviços S/A
Av. [illegible], nº 715 - Loja 6
Graças - Recife/PE - CEP 52011-000

Seguradora LÍDER

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 0221204 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=7&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] 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 EDUARDO JOSE DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 574940534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GENARIO CABRAL DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 115981834 / 78, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GENARIO CABRAL DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 115981834 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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		Número	Complemento
RUA JOAO BATISTA		370	CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: SURUBIM	Estado: PE	CEP: 55750000
Email: afreguinos1994@yahoo.com.br	Telefone comercial (DDD): (81) 96650454	Telefone celular (DDD): (81) 81335022	

SURUBIM/PE, 6 de Julho de 2019.
Local e Data

Assinatura do Declarante

17 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lojas
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-040

DLDRL001 V001/2017

0241688/19

SURUBIM (PE), 18 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: GENARIO CABRAL DOS SANTOS
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190432699

Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 31/03/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA ML 125, de placa KJX 0466, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas GRAVES e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço " JUS ".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 AGO. 2019
Líder Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-040

Nestes Termos
Espera Deferimento

Genario Cabral dos Santos
GENARIO CABRAL DOS SANTOS
VITIMA/BENEFICIARIA

Bernadete Silva de Moura
BERNADETE SILVA DE MOURA
REPRESENTANTE LEGAL

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761

URUBI DO MUNICIPAL DE SAÚDE
UPA 24H DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Cor/Raça: PARDO **Nº OCORRÊNCIA:** 00061999

Prontuário: 47663 CNS: 162200463750009 **Idade:** 17 Anos 8 Meses 3 Dias **Sexo:** MASCULINO
Nome: GENÁRIO CABRAL DOS SANTOS **Nascimento:** 28/07/2001 **Est.Civil:** SOLTEIRO(A)
End.: LAGE DO MIMOSO Nº: **Bairro:** ZONA RURAL **CEP:** 55750000
Cidade: SÃO RUBIM **Nac.:** BRASILEIRA **Doc.Nº:** 9738391
Mãe: MARIA APARECIDA CABRAL DOS SANTOS **Pai:** JOSÉ NATAL DOS SANTOS
Profissão: **Responsável:** **Tel.:** 81 96865760

Últimas Ocorrências:

Data:	Hora:	Nº Ocorrência:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
31/03/2019	18:26	61999	ACIDENTE

PRÉ-CONSULTA: URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) EMERGÊNCIA ( ) ACIDENTE TRABALHO ( ) ACIDENTE TRÂNSITO ( )

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

Acidente motocicleta (colisão carro) apresenta dor em antebraço esquerdo

TRATAMENTO:

- Sutura
- Dipirona 2g IV
- No ortopedista

Dr. Mário Júnior
Clínico Geral
CRM-PE 28472

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: **CID:**

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ( ) INTERNADO ( )

JUSTIFICATIVA:

( ) CURATIVO ( ) BÁSICO ( ) ESP
( ) NEBULIZAÇÃO ( ) RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia: _____

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
( ) URGÊNCIA BÁSICA ( ) URG. ESPECIALIZADA
( ) OBS. BÁSICA ( ) OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 31/03/2019 18:26:13

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA

17 JUL 2019

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Dr° Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local

Hospital Local:	Município:
Nome do Paciente: Luciano Cabral dos Santos	data de Nascimento: ___/___/___
Quadro Clínico: Paciente vítima de acidente motociclístico há 1 hora / Colabo em Cabral apresenta edema em terço distal do antebraço esquerdo GCS 15	
HD: Fratura de terço distal do osso esquerdo	
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente: Dr. Mário Júnior, Clínico Geral, CRM-PE 23472	CRM: 23472 DATA: / DATA:
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão	COREN: / DATA:

1ª REMOÇÃO	1° Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado): Ortopedia Hospital de Agreste 5682711			
	Assinatura do (a) médico (a):	CRM:		
2ª REMOÇÃO	2° Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado):			
	Assinatura do (a) médico (a):	CRM:		

Assinatura do Responsável	
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem	COREN:
Assinatura do Motorista	Placa da Ambulância:

17 JUL. 2019
Gente Seguradora S/A.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a)Genario Cabral dos Santos , *Esteve Interno nesta unidade de saúde no dia 31/03/2019 e foi transferido para outra unidade hospitalar em 01/04/2019* . Registro Hospitalar: 336180.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 24 de Maio de 2019

009.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55030-300
Caruaru - PE

Setor de arquivo(same)

17 JUL. 2019
Gente Segurança S/A
Av. Boa Viagem, nº 116 - Loja 1
Graças - Recife - PE - CEP 51.011-000

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232– Km 130 S/N– Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP 55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719.9346 / 3719.9400 (SAME)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

[illegible]

Atendimento: [illegible] Prontuário: [illegible]

Nome: [illegible] CABRAL DOS SANTOS

Data Nasc.: [illegible] Idade: [illegible] Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:

CPF: RG: CNS: [illegible]

Endereço: SITIO LAJE DE MIMOSO Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SURUBIM Estado: PE

CEP: [illegible] Fone: [illegible] Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: MARIA APARECIDA CABRAL DOS SANTOS

Acompanhante: -

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO [illegible] Data: [illegible] Médico: [illegible]

Queixa Principal / HDA:

[illegible]

Exame Físico: PA: FC: FR:

[illegible]

Diag. Provisório:

[illegible]

Prescrição:

Dieta:

Data Horário

[illegible] JUL 2020

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

Prescrição/Conduta

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela minha retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esta ato pode acarretar.

Nome: RG:

Endereço: Tel.:

Data: / /

Assinatura

Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: RG:

Endereço: Tel.:

Procedimento:

Assinatura

Obs. Gerais:

Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Alta a Pedido

( ) Transferência ( ) Internamento

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Grave

Data: / / Hora: Médico: CRM:

Assinatura do Atendimento

SER-HOPE

17 JUL 2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal de Surubim
Secretaria de Saúde de Surubim

Dr.º [illegible] Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local

Hospital Local:
Município:

Nome do Paciente: [illegible]
data de Nascimento: ___/___/___

Quadro Clínico: [illegible]

HD: [illegible]

Assinatura do (a) Médico (a) Assistente: [illegible]
CRM: [illegible]
DATA:
DATA:

Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão:
COREN:
DATA:

1ª REMOÇÃO

1º Hospital de Destino:
Município:
Hora Saída:
Hora Chegada:
Motivo (Registro Detalhado): [illegible]
Assinatura do (a) Médico (a):
CRM:

2ª REMOÇÃO

2º Hospital de Destino:
Município:
Hora Saída:
Hora Chegada:
Motivo (Registro Detalhado):
Assinatura do (a) Médico (a):
CRM:

Assinatura do Responsável:

Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem:
COREN:

Assinatura do Motorista:
Placa da Ambulância:

17 JUL 2019
[illegible]

16/04/13 14 a 60 anos
em pós-op. - cirurgia
Alta 21/05/13
c/ 72 ...

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 5990

21/05/13 49 a 60
no ambulatório Ortopedia
em fraturas pé
do pé esquerdo
Alta em 30/07/13
p/ arquivo

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 5990

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

17 JUL 2008
Centro Serviços SIA
Q. Jaú Bloco A 710 Lote 5
Taguatinga - Brasília - DF - CEP 71.200-001

NOME: Bruno Cabral da Silva

REG.: 144 544

DATA DE NASCIMENTO: 23 / 04 / 2001

DATA DA CIRURGIA: 02 / 04 / 13

DIAGNÓSTICO: Fratura Maléolo medial
CID S 823

TRATAMENTO: Cirurgia c/ placa e parafusos

DATA DO RETORNO: 16 / 04 / 13 Cons

MOTIVO DO RETORNO: Pós-op. Alta
2 meses após pós-op
90 dias -

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 5990

Num. 64639290 - Pág. 20
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411123499690000063436761
Número do documento: 20071411123499690000063436761

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Carmem Cristal [illegible]

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: [illegible] CID-10: S 52 4 foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 02/04/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Pós operatório [illegible] MSE
[illegible] MSE.
[illegible]

Bezerros, [illegible] Em [illegible]
[illegible] 20/07/19

João Marcon V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 5966

17 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 716 - Loja 5
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-040

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] 5.0 dias [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

21/05/15.

João [illegible] V. Costa
Traumato-Ortopedista
CRM-PE 5980

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n.- Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

[illegible]
17 JUL. 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº [illegible]
Graças - Recife / PE [illegible]

PREFEITURA DE SURUBIM
Compromisso de cuidar das pessoas

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: UBS - MIMOSO

Nome: Genésio Cabral dos Santos

Clínica:

Enfermaria:

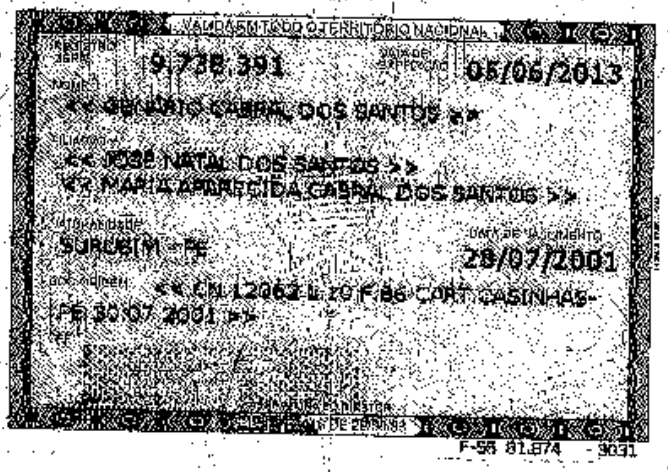
DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que paciente, vítima de acidente automobilístico em 31/03/2019, sendo submetido a procedimento cirúrgico, devido afundamento de MSE. O mesmo, desde então, apresenta déficit motor de MSE, estando impossibilitado de realizar suas atividades.

Rivaldo Júnior
Médico
CREMEPE 26017

Data: 22/08/19

Médico



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
115.981.834-78

Nome
GENARIO CABRAL DOS SANTOS

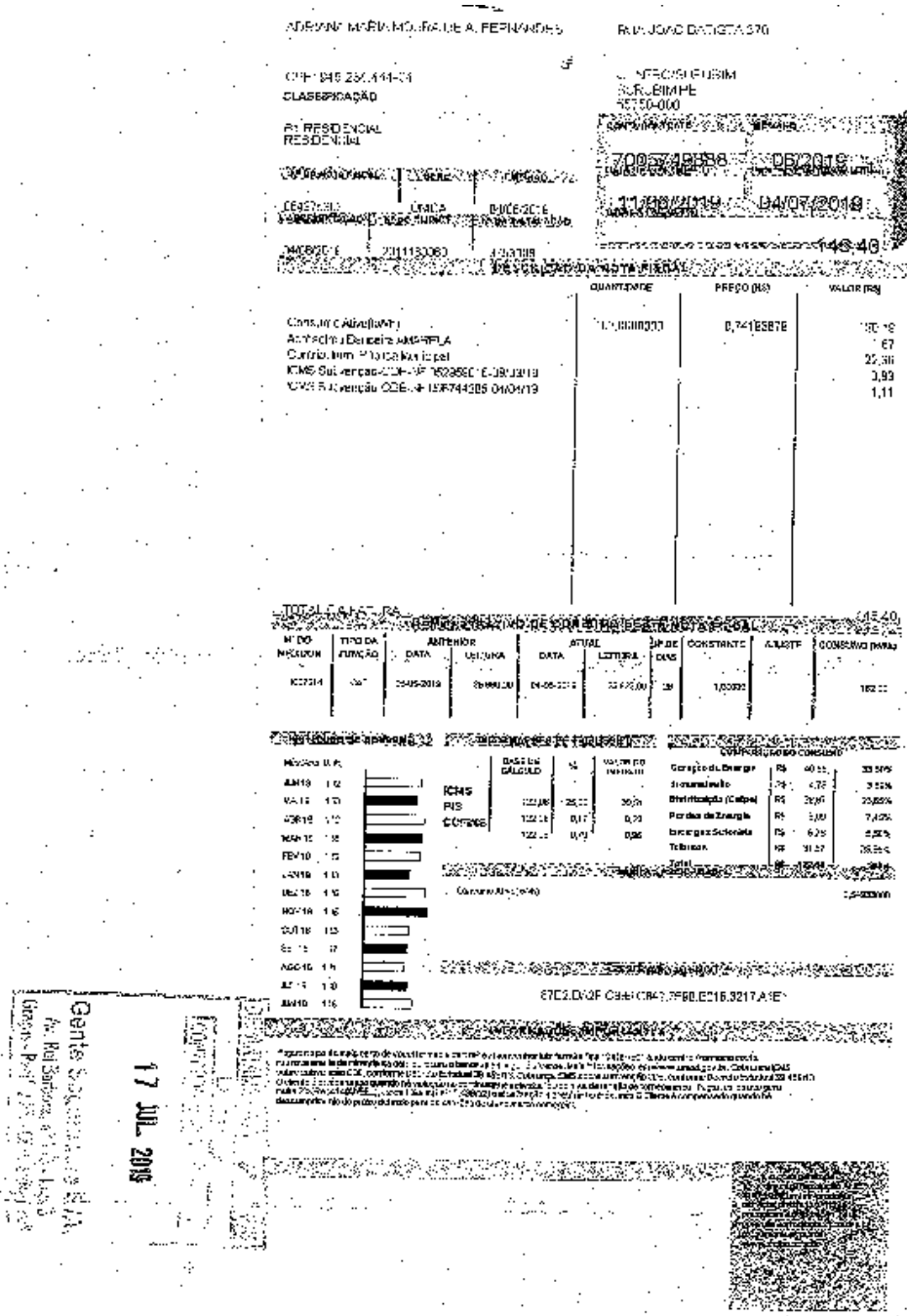
Nascimento
28/07/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

17 JUL. 2019

Gente Segurança S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 7 [illegible]
Graças - Recife/PE [illegible]

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761



ADRIANE MARIA MOURA DE A. FERNANDES — RUA JOAO BATISTA 370

CPF: 945.250.444-04
CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

SERTÃO — CRACA — 04/06/2018

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	[illegible]	0,741[illegible]	[illegible]
Adicional Bandeira AMARELA			67
Contribuição Pública Municipal			2[illegible]
ICMS Substituição ICMS-ST 152955C E-08/2019			3,93
ICMS Substituição ICMS-ST 15F744305 04/04/19			1,11

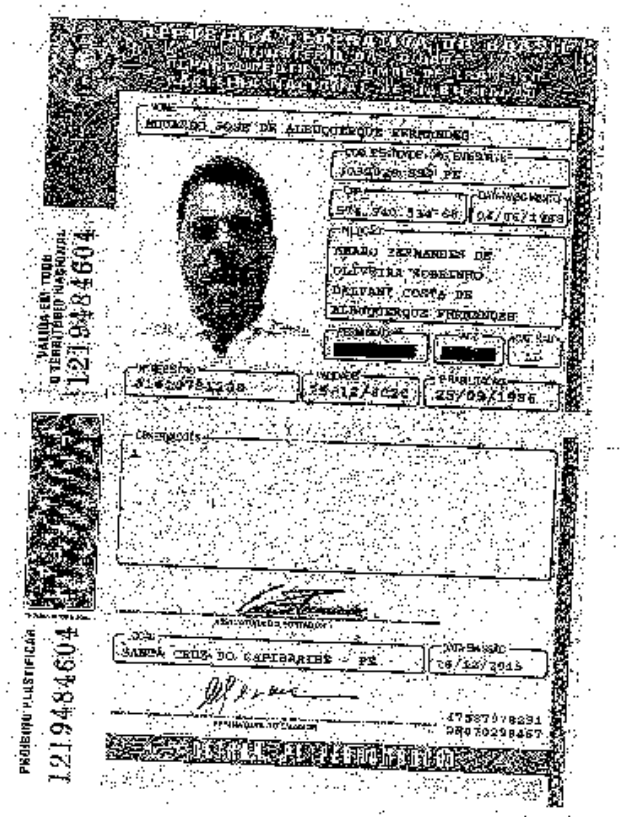
MÊS/ANO	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO TRIBUTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]

87E2.D/QF C8H1CB41.7F60.E216.3217.A9E7

17 JUL 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: MIGUEL DOS SANTOS DE ALBUQUERQUE FERNANDES
FILIAÇÃO: MARIO ZERNANDES DE OLIVEIRA NOBRINHO, DELVANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NASCIMENTO: 25/09/1986
CAMPO DE ASSINATURA: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
DATA DE EMISSÃO: 18/12/2015
PRÓRROGADO PELA JUSTIFICATIVA
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
12194844604

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURL

0810 56

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

5503012 04.03.1986

BERNADETE SILVA DE MOURA

Pai: Sebastião de Moura

Mãe: Maria Gonçalina Gomes de Moura

Recife-PE 10.11.1963

Filiação: 1.Cart.de Nascim. 2.Cart.de Casamento do Cart.Registro-PE

Bela Elene Caldas Lima

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
BERNADETE SILVA DE MOURA

Nº de Inscrição
028300214-01

Data do Nascimento
10/11/63

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitida em: 08/07/96

---

17 JUL. 2019

Gentis Serviços S/A

Av. Rui Barbosa, nº 1010 - 5

Graças - Recife - PE

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GENARIO CABRAL DOS SANTOS

DATA DO ACIDENTE 31/03/19 CPF DA VÍTIMA 115981834 78

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOAO BATISTA

Nº 570 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE SURUBIM UF PE CEP 55750 000

E-MAIL [illegible]@hotmail.com.br TELEFONE (81) 9665 0454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 3090028 SSP/PE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Num. 64639290 - Pág. 27

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411123499690000063436761
Número do documento: 20071411123499690000063436761

Informações sobre o veículo
Placa: KJX-0466
Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA
Marca/ Modelo: HONDA/ML 125
Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124
Cor predominante: PRETA
Chassi: CG125BR2151122
Combustível: GASOLINA
Ano fabricação/ Ano modelo: 1985
Categoria: PARTIC
Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00
Observações

Restrições: RESTRIÇÕES

NADA CONSTA

17 JUL. 2019

Gente Seguradora S/A.

Seguradora LÍDER

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190432699 Data da solicitação: 26/03/2020 (DD/MM/AA)
Nome do beneficiário: GENÁRIO CABRAL DOS SANTOS CPF do beneficiário: 115.981.834-78
Nome do solicitante: CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 (DDD) Tel. Comercial: ( ) (DDD) Tel. Residencial: ( ) (DDD)
E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: DOC MÉDICO COMPLEMENTAR (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SURUBIM, 26/03/2020
Local e Data

Genário Cabral dos Santos
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:
Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432699 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 7 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: BERNADETE SILVA DE MOURA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 5.582.0123 SSP/PE CPF: 028.300.214-01
DATA DO ACIDENTE: 31/03/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: GENARIO CABRAL DOS SANTOS CPF:115.981.834-78
ENDEREÇO: RUA LAJES DO MIMOSO, 690, MIMOSO, SURUBIM-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.** PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM - PE 23 DE MAIO 2019.

2º Ofício

Bernadete Silva de Moura

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º TABELIONATO — TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE.
Reconheco por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)BERNADETE SILVA DE MOURA
Dou fé. Surubim, terça-feira, 28 de maio de 2019 - 08:54h
Em Testemunho da verdade.
Elizabete Lima de Andrade Cadena - 2º Substituta
Total: 4,91 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo AYZ01A [illegible] Setembro, nº 10

Tabelionato de Notas e Protestos de Surubim - PE

17 JUL. 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Ribeiro [illegible], nº [illegible]
Graças - Recife - PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/07/2020 11:23:50
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071411234996900000063436761
Número do documento: 20071411234996900000063436761

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241688/19

Número do Sinistro: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Data do acidente: 31/03/2019

CPF: 115.981.834-78

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 06/08/2019	Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 574.940.534-68	CPF: 114.202.964-69
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241688/19

Número do Sinistro: 3190432699

Vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Data do acidente: 31/03/2019

CPF: 115.981.834-78

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 26/03/2020 Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES CPF: 574.940.534-68	Data do cadastramento: 26/03/2020 Nome: Marta Marinho dos Santos CPF: 492.294.514-87
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Marta Marinho dos Santos

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190432699
3 - CPF da vítima: 115.981.834-78
4 - Nome completo da vítima: GENARIO CABRAL DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: GENARIO CABRAL DOS SANTOS
6 - CPF: 115.981.834-78
7 - Profissão: REC. INF
8 - Endereço: RUA LAJES DO MIMOSO
9 - Número: 690
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MIMOSO
12 - Cidade: SURUBIM
13 - Estado: PE
14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail:
16 - Tel. DDD: (81) 9665-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: BERNADETE SILVA DE MOURA
18 - CPF do Representante Legal: 028.300.234-01
19 - Profissão do Representante Legal: REC. INF

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( ) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 11392 1 (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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONFERIDO E CONFERIDO
04 SET. 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Boa Viagem, 715 - Loja 5
Boa Viagem - PE - CEP: 52011-040

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (gestante)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34.
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SURUBIM PE 04/09/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X Genario Cabral dos Santos
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): X Bernadete Silva de Moura
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Segunda Vara da Comarca de Surubim
Forum Bel. Didimo Gonçalves Guerra - R Cônego Benigno Lira, s/n - Centro
Surubim/PE CEP: 55750000 Telefone: (081)3634.1622 - Email:

Expediente n° 2013.0855.000047

TERMO DE COMPROMISSO DE GUARDA DE MENOR

PROCESSO **N.º 0000979-35.2012.8.17.1410**
AÇÃO: **GUARDA**
Requerente: **BERNADETE SILVA DE MOURA**
Defensor Público: **Lucio Medeiros**
Em favor de **JOSÉ APARACIDO CABRAL DOS SANTOS e GENARIO CABRAL DOS SANTOS**

Aos nove (09) dias do mês de janeiro do ano de dois mil e treze (2013), nesta cidade e Comarca de Surubim, Estado de Pernambuco, na Sala das Audiências onde presente se achava o doutor **JOAQUIM FRANCISCO BARBOSA**, Juiz de Direito da 2ª Vara da Comarca de Surubim-PE, comigo do seu cargo no final assinado, sendo aí, pelas 10:30 horas, compareceu a **SRA. BERNADETE SILVA DE MOURA**, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG nº 5.582.012 SSP/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 028.300.214-01, residente no Sítio Mimoso, zona rural, Surubim/PE, a quem o MM. Juiz de Direito **DEFERIU** o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo de **GUARDIÃ** dos menores **JOSÉ APARECIDO CABRAL DOS SANTOS**, brasileiro, menor, nascido aos vinte e quatro (24) de junho de 2000, filho de José Natal dos Santos e Maria Aparecida Cabral dos Santos, Registrado no Cartório do Registro Civil do Município de Casinhas - PE, no Livro n.º 10, fls. 04-V, sob o n.º 11.736, **e GENÁRIO CABRAL DOS SANTOS**, brasileiro, menor, nascido aos vinte e oito (28) de julho de 2001, filho de José Natal dos Santos e Maria Aparecida Cabral dos Santos, Registrado no Cartório do Registro Civil do Município de Casinhas - PE, no Livro n.º 10, fls. 086, sob n.º 12.062, tendo sob sua guarda e responsabilidade a pessoa e bens dos aludidos menores, competindo-lhe proporcionar aos menores, sob as penas da lei, enquanto tiver os mesmos sob sua guarda, total apoio moral e material, orientando-os na formação de suas vidas, tudo de conformidade com a **SENTENÇA** prolatada em **/09/2012, que transitou em julgado em 19 de outubro de 2012.** Aceito o compromisso, assim o prometeram cumprir na forma e sob as penas da lei. Do que para constar lavrei este termo que lido e achado conforme vai devidamente assinado pelo MM. Juiz de Direito pela Compromissada. Surubim 09 de janeiro de 2013. Eu, Maria Zelia Farias de Lira, Matrícula nº 177.658-4, digitei. Eu Maria Raquel Monteiro de Abreu Mariz, Chefe de Secretaria, subscrevi.

Joaquim Francisco Barbosa
Juiz de Direito Titular – 2ª Vara

Bernadete Silva de Moura
BERNADETE SILVA DE MOURA
Compromissada

Autentico, para os devidos efeitos, a presente copia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada e que confere com o original. Surubim, 02/07/2019. Testemunho da verdade. Elizabete Maria de Andrade Cabral - Substituta
TOTAL: 4,[illegible] VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo(s): [illegible]214-HZP06201961.09337-Rua Sete de Setembro, [illegible] - Centro - SURUBIM-PE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM
Nº 10 Centro de Notas de Surubim PE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
17 JUL. 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Boa Viagem, nº 716 - Loja 8
Guararapes - Recife/PE - CEP: 52011-040

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERNADETE SILVA DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000011392-1

Nr. Autenticação
BRADESCO10092019050000000000237008350000000011392236250 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERNADETE SILVA DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000011392-1

Nr. Autenticação
BRADESCO10092019050000000000237008350000000011392236250 PAGO