



03/08/2020

Número: **0021262-71.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA (AUTOR)		EWEERSON 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
65697085	03/08/2020 16:21	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

NOME
ADEIANA MARIA NOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.234.446-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE OSMAR DE NOURA
ISMARTE FERREIRA DE NO
URA

PERMISSÃO
RESTRITA

ACC
RESTRITA

CAT. HAB
B

Nº REGISTRO
82378605079

VALIDADE
08/04/2022

HABILITAÇÃO
17/04/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana Maria de A. Fernandes

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
SIRUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Mário André de Souza Ribeiro
Diretor Presidente

PERNAMBUCO

53286755000
92078645273

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROBADO PLASTIFICAR
1421884961









MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2ª VIA

Número

06665

Série

00076



Jose Nildo da Silva Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Jose Nildo da Silva Pereira

Lug. Nasc.

Sumaré

Est.

SP

Data

13/07/1983

Filiação

Paulo de Santana Pereira

Doc. Nº

RG 6962546 SDPR-SP 03/11/2001

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. Nº

Exp. em

Estado

Obs.

Data Emissão

GRTE

Assinatura do Fun. Público de C. V. 12

Chefe da Ag. Reg. do MTE

Mat. nº 251928





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **067.705.044-56**

Nome: **JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA**

Data de Nascimento: **13/07/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **24/05/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:16:42** do dia **02/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **CA94.2368.77C4.E854**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 194124 CLASSIFICAÇÃO **AMARELO** Nº OCORRÊNCIA: 00187580
Nome: JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA Idade: 36 Anos 28 Dias CNS: Est.Civil: CASADO(A)
End.: SÍTIO JUN Nº: Nascimento: 13/07/1983 CEP: Bairro:
Mãe: JOSINETE PEREIRA DA SILVA Doc nº: Nacio.: BRASILEIRA Cor/Raça: PARDO
Pai: Acom.: Sexo: MASCULINO
Prof.: SERVIÇOS GERAIS Telefone: Município: CASINHAS

Encaminhamento: ORTOPEDIA

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

REFERE DOR/EDEMA/HEMATOMA EM MMSS E FACE SEC À TRAUMA EM ACIDENTE/COLISÃO CARRO-MOTO HÁ 1 HORA.

Procedência: Via pública

Doenças preexistentes: NEGA

Régua de dor: Moderada

Pré-consulta: Urgência

Intolerância/Alerg.: NEGA

Parâmetros: PA: 13/85 FC: 79 R: T: HGT: 90 Spo2: 90 GLASGOW: Peso:

Estado do Paciente: Consciente-Orientado Calmo

Sintomas:

Dor torácica: Duração da dor:

Dor presente: Irradiação:

Edemas:

Observações: TRANSFERÊNCIA DO SAMU - LIMOEIRO/PEI - CASINHAS/PE

Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/E

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO

RUA VILARDO JOAQUIM PINTO, Nº 139, CENTRO, LIMOEIRO-PE. CEP: 55.700-000 - FONE: (011) 3628-4702 - FAX: (011) 3628-6106

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol. R\$ 3,00: TSTN R\$ 0,58, FERC R\$ 0,34, FERN R\$ 0,03 FUNSEU R\$ R\$ 0,07, ISS R\$ 0,07. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital. Limoeiro-PE 29/08/2019 15:39:15 - Cod Op. 16 (em test) Substituta de verdade. EU, ANDREACYRUS PEREIRA DOS SANTOS -

Selo: 0073726 NGM07201901.02205



Diagnóstico

Acidente utero
do carro do
muito, e, duas
para hemiparesia
lateral esquerda
bilateral (15) perf
respirar / com
e lesões ósseas

Tratamento

1. 8 h de curativo
2. Dor forte - analg
3. Observação
4. Cefaleia pelo trauma
5. Do sistema nervoso
e fratura de fêmur
e TCE.

Exames complementares

1) Exame de Ressonância Magnética
2) Exame de Tomografia Computadorizada

Impressão diagnóstica

Fratura de fêmur e TCE.

Motivo da saída: ☐ Residência ☐ Internado

Encaminhado: ☐ Ambulatório ☐ Hospitalar

Óbito às: h m do dia:

Justificativa: Exame de Ressonância Magnética

Removido: Exame de Tomografia Computadorizada

Data saída: / / Hora saída: :

☐ Cirurgia ☐ Técnico / Físico ☐ Enfermeiro ☐ Farmacêutico ☐ Nutricionista ☐ Psicólogo ☐ Assessor Social ☐ Assessor Jurídico ☐ Assessor de Comunicação ☐ Assessor de Planejamento ☐ Assessor de Avaliação ☐ Assessor de Gestão ☐ Assessor de Inovação ☐ Assessor de Sustentabilidade ☐ Assessor de Qualidade ☐ Assessor de Segurança ☐ Assessor de Meio Ambiente ☐ Assessor de Relações Públicas ☐ Assessor de Marketing ☐ Assessor de Vendas ☐ Assessor de Suporte ☐ Assessor de TI ☐ Assessor de Logística ☐ Assessor de Recursos Humanos ☐ Assessor de Financeiro ☐ Assessor de Contabilidade ☐ Assessor de Jurídico ☐ Assessor de Fiscal ☐ Assessor de Trabalhista ☐ Assessor de Previdenciário ☐ Assessor de Previdenciário ☐ Assessor de Previdenciário

Atendimento Médico Médico / CRM
☐ Urgência
☐ Obs. até 24 hs

Horário: :

Cód procedimento: 020405008 020402030 020404004

Técnico / Conselho: Graciely Souza CRT 8247

Horário: 19:52

Horário: 19:52

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA

DATA: 10/08/2019 19:28:55 RECEPTORISTA: LAIDELINO RAMALHO BARBOSA





Prefeitura de
CASINHAS
TRABALHANDO COM RESPONSABILIDADE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: Jose Naildo da Silva Pereira

LAUDO MÉDICO

♂, 36a, portador de amp. transtribial (E);

CD: S88.1 (em 2013)

locomução: Independente

AUD: Semi-dependente

Compreensão: Preservada

Casinhas,

Data: 02/09/19

Dr. Marcelo Patriota
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 18.807

Médico - CRM

Palácio Municipal Miguel Agostinho Barbosa
Rua Severino Augusto de Miranda, S/N - Casinhas - PE - Fones: (81) 3634.9156 / 3634.9173
CEP: 55.755-000 | C.N.P.J.: 01.618.704/0001-95



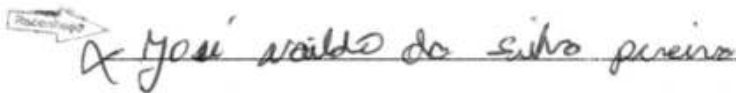
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ELIANE SILVA DA ROCHA,

RG nº 8.429.809, data de expedição 27/11/07,
Órgão SDS, portador do CPF nº 098.145.374-03, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. MAI FLORIANO PEIXOTO, CENTRO, nº 14,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA cujo o condutor era
JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA XRE 300 ABS
Ano: 2018/2019
Placa: PCX 8417
Chassi: 9C2ND1120K2J00348
Data do Acidente: 10/08/2019
Local e Data: CASINHAS PE 03/09/2019


Assinatura do Declarante


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

SERVENTIA NOTARIAL E REGISTRAL DE CASINHAS
Titular: MAIRA MOURA MACIEL
Telefone: (81) 98228-0990

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA. Dou fé. Casinhas - PE. Maira Moura Maciel - Tabelião Interina. Maira Moura Maciel
Emolumentos: R\$3,59 TSNR: R\$0,80 FERM R\$0,04 FUNSEG R\$0,08 FERC: R\$0,40.

Selo: 0160085.NKH08201901.00019 03/09/2019 10:40:30
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



SERVENTIA NOTARIAL E REGISTRAL DE CASINHAS
Titular: MAIRA MOURA MACIEL
Telefone: (81) 98228-0990

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de ELIANE SILVA DA ROCHA. Dou fé. Casinhas - PE. Maira Moura Maciel - Tabelião Interina. Maira Moura Maciel Emolumentos: R\$3,59 TSNR: R\$0,80 FERM R\$0,04 FUNSEG R\$0,08 FERC: R\$0,40.

Selo: 0160085.SNC08201901.00022 03/09/2019 10:40:54
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M^{te} MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.705.044 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.705.044 / 56, 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.

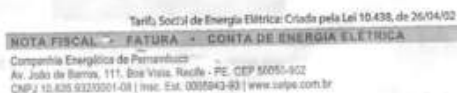
Endereço		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	(81)9700-1998		(81)9161-3907

SURUBIM PE, 10 de NOVEMBRO de 2019
Local e Data

Adriana M^{te} Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CENTRO SURBIM
SURBIM PE
55750-000

7005749888 10/2019

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102.74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo (NMI)	108.0030000	0.81088952	87.55
Adesivos Bandeira AMARELA			0.50
Adesivos Bandeira VERMELHA			5.01
Curtina Ilum. Pública Municipal			8.54
ICMS Subvenção - CDE - NF 06524778 - 04/07/19			0.78
ICMS Subvenção - CDE - NF 073044262-05/08/19			0.60
Multa por atraso - NF 075948294 - 04/08/19			1.35
Multa por atraso - NF 075948294 - 04/08/19			0.11

TOTAL DA FATURA

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00004	U-1	14-08-2019	06.129,00	17-10-2019	06.237,00	33	3.00000		108,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

TIPO DE CONSUMIDOR	Consumo (kWh)
OUT 19 - 1998	~100
DET 19 - 91	~150
ACO 19 - 111	~250
AL 19 - 112	~350
APR 19 - 162	~450
MA 19 - 163	~550
AMP 19 - 172	~650
SAO 19 - 108	~750
PIV 19 - 161	~850
JAO 19 - 123	~950
DEZ 19 - 176	~1050
NOV 19 - 188	~1150
OUT 19 - 133	~1250

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	30,00	25,00
PIS	31,06	1,39
COFINS	45,06	3,95

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Fonte de Energia	%
Geração de Energia	29,48
Transmissão	1,23
Distribuição (Cidade)	16,81
Perdas de Energia	5,17
Energia Solarizada	6,61
Industria	39,86
Total	93,06

Consumo Mensal (kWh)	TARIFAS APLICADAS
~100	~1,00
~150	~1,50
~250	~2,50
~350	~3,50
~450	~4,50
~550	~5,50
~650	~6,50
~750	~7,50
~850	~8,50
~950	~9,50
~1050	~10,50
~1150	~11,50
~1250	~12,50

RESERVAÇÃO DE DIREITO À REVISÃO DE PREÇOS E TAXAS

[illegible]

44. Corbett, J. and J. G. Smith. 1978. The effects of temperature on the growth and survival of the Atlantic salmon, *Salmo salar* L., in relation to the effects of temperature on the growth and survival of the Atlantic salmon, *Salmo salar* L. *Journal of the Fisheries Research Board of Canada* 35:1001-1004.

CELPE
Serviços





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 151, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ELIANE SILVA DA ROCHA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI JUNCO 485

CPF: 098.145.374-03 NIS: 16090944514

LAGOA DE PEDRA/LAGOA DE PEDRA
CASINHAS PE
55755-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTR. TO	MÊS/ANO
7011159146	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
12/08/2019	04/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
33,04	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
07206678	UNICA	05/08/2019
APRESENTAÇÃO	NR DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/08/2019	2012171841	5607238

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	57,0000000	0,32784016	21,96
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,85
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,22
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,66
Multa por atraso-NF 088266585 - 04/07/19			0,53
Juros por atraso-NF 088266585 - 04/07/19			0,10
Atualização IGPM-NF 088266585 - 04/07/19			0,08
TOTAL DA FATURA			33,04

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DEUTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CONSUMO	CONSUMO (KWH)
314738815	CA7	04-07-2019	6.236,00	04-08-2019	6.333,00	30	97,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
AGO-19	97	ICMS	28,66	0,74	0,21
SET-19	97	PIS	28,66	0,74	0,21
OUT-19	97	COFINS	28,66	0,74	0,21
NOV-19	97				
DEZ-19	97				
JAN-20	97				
FEB-20	97				
MAR-20	97				
ABR-20	97				
MAY-20	97				
JUN-20	97				
JUL-20	97				
AGO-20	97				
		TARIFAS APLICADAS		0,19124008	
				0,32784016	
		RESERVAÇÃO FISCAL		AR33 193D 52B7 1123 85EE 4952 F544 B74B	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento mais perto de você: tenha em mãos o número do seu cartão de crédito ou o valor em dinheiro. Não aceite pagamento em espécie. O cliente é responsável por verificar a validade da leitura e o valor do consumo. Pagamento em dinheiro: para mais informações consulte o site www.celpe.com.br. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br.

Atenção: para mais informações consulte o site www.celpe.com.br. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 067.705.044-56 3 - CPF da vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA 6 - CPF: 067.705.044-56
7 - Profissão: REC-INF. 8 - Endereço: SITIO JUNCO 9 - Número: 485 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAGOA DE PEDRA 12 - Cidade: CASINHAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55755-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 91613907

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 CONTA: 23184 3 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Casinhas - PE 12/11/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDC 001 4002/2019





**SAMU
192**



**PREFEITURA DE
LIMOEIRO**
TRABALHANDO POR VOCÊ.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº.29/2019

Atendendo ao requerimento do Sr. José Naildo da Silva Pereira, portador de Identidade nº 6.962.644 SDS-PE e inscrito no CPF sob o nº 067.705.044-56, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S 665.558** que no dia 10 de agosto de 2019, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Base Descentralizada Limoeiro - SAMU Metropolitano do Recife, com história de colisão moto x carro na PE - 90, em Limoeiro - PE, onde foram realizados os primeiros cuidados às 18h e 42min em seguida, encaminhado para o Hospital Regional José Fernandes Salsa.

Limoeiro, 02 de setembro de 2019.

Marília Bezerra
Coord. Samu Limoeiro
Enfermeira / COREN-PE 356879

Marília Bezerra da Silva
Coordenadora SAMU-LIMOEIRO
Enfermeira/ COREN-PE 356679



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 067.705.044-56 3 - CPF da vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA 6 - CPF: 067.705.044-56
7 - Profissão: REC-INF. 8 - Endereço: SÍTIO JUNCO 9 - Número: 485 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LAGOA DE PEDRA 12 - Cidade: CASINHAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55755-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 91613907

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: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1295 CONTA: 23184 3 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Casinhas - PE 12/11/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDC 001 4002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0205001804**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/08/2019** às **12:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/8/2019** às **18:20**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL, EM FRENTE A ENTRADA DA FAZENDA BEIJA FLOR - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, PE90 / KM20 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ELIANE SILVA DA ROCHA (OUTRO)
JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA (VITIMA)
ADRIANO PESSOA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA**

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

JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZINETE PEREIRA DA SILVA** Pai: **PAULO DE SANTANA PEREIRA** Data de Nascimento: **13/7/1983** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6962644/SDS/PE (RG) 06770504456 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 997356728**

Residencial: **ZONA RURAL, POR TRÁS DO BAR DO CABAÇO - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 485, SÍTIO JUNCO - CEP: 55755000 - Bairro: JUNCO - CASINHAS/PERNAMBUCO /BRASIL, POR TRÁS DO BAR DO CABAÇO**

ADRIANO PESSOA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADALGISA PESSOA DA SILVA** Pai: **AMARO OREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **5/12/1984** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7417046/SDS/PE (RG) 09723207419 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 997921144**

Residencial: **ZONA RURAL, PRÓXIMO A IGREJA DE SANTA LUZIA - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, SÍTIO DIOGO - CEP: 55750000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA DE SANTA LUZIA**

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

15/08/2019 12:44



ELIANE SILVA DA ROCHA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: LEONILDA MARIA SILVA DA ROCHA Pai: **JOSÉ RAMIRO DA ROCHA** Data de Nascimento: **8/4/1992** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8429809/SDS/PE (RG), 09814537403 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 995911145**

Residencial: **ZONA RURAL, POR TRÁS DO BAR DO CABAÇO - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 485, SÍTIO JUNCO - CEP: 55755000 - Bairro: JUNCO - CASINHAS/PERNAMBUCO /BRASIL, POR TRÁS DO BAR DO CABAÇO**

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

VEÍCULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIANE SILVA DA ROCHA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCK8417 (PERNAMBUCO/PAULISTA)** Renavam: **118110605** Chassi: **9C2ND1120KR10348**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE NO SÁBADO PRÓXIMO PASSADO, PO VOLTA DAS 18:20HORAS QUANDO TRANSITAVA NA RODOVIA PE90, APROXIMADAMENTE NO KM 20, NESTE MUNICÍPIO, COM DESTINO A SURUBIM, UM VEÍCULO CONDUZIDO POR UM DESCONHECIDO, SAIU DE RÉ DA FAZENDA BEIJA FLOR SEM OLHAR DIREITO, PROVOCANDO UM ACIDENTE COM A VÍTIMA DESTA BO QUE COLIDIU COM A LATERAL DIREITA DO VEÍCULO DESCONHECIDO, TENDO A VÍTIMA DESTA BO DESMAIADO E O SEU CARONA, A SEGUNDA VÍTIMA DESTA BO, QUEBRADO O FEMO DA PERNA DIREITA, SENDO QUE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA E A OUTRA VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS E LOGO EM SEGUIDA PARA A SANTA CASA, ONDE FOI OPRADO ONTEM, SENDO QUE O DESCONHECIDO, DESAPARECEU. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

José Naildo da Silva Pereira
JOSÉ NAILDO DA SILVA PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: **3848167**



15/08/2019 12:44





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: 3190635282 Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

Data do Acidente: 10/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 10/08/2019, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 000 - PE, da Instituição HRLJFS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00043/00044 - carta_31 - INVALIDEZ

00060022



Carta nº 15675089





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, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635282

Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15113952



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397648/19

Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

CPF: 067.705.044-56

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA : 067.705.044-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AGRICULTOR
IDENTIDADE: N°06665 SERIE 00076 MTE/PE - CPF 067.705.044-56
DATA DO ACIDENTE: 10/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA
ENDEREÇO: SI JUNCO, 485, LAGOA DE PEDRA, CASINHAS – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, 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.

CASINHAS- PE 03 DE SETEMBRO 2019

Assinatura

Jose Naildo da Silva Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

SERVENTIA NOTARIAL E REGISTRAL DE CASINHAS
Titular: MAIRA MOURA MACIEL
Telefone: (81) 98228-0990

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma de JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA, Dou fe. Casinhas - PE. Maira Moura Maciel - Tabelião Interina. *Maira Moura Maciel*
Emolumentos: R\$3,59 TSNR: R\$0,80 FERM R\$0,04 FUNSEG R\$0,08 FERC: R\$0,40.

Assinatura: 0160085.UKH08201901.00021 03/09/2019 10:40:30
ite autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397648/19

Número do Sinistro: 3190635282

Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

CPF: 067.705.044-56

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA

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

Data da apresentação: 27/03/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635282 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DO ESCAFOIDE DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P1 - ABA 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00





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: 3190635282 Data da solicitação: 27/03/2020
Nome do beneficiário: João Nairdo da Silva CPF do beneficiário: 067.705.049
Nome do solicitante: Pereira CPF do solicitante: 56

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9700-1998 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
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) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IML
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: Documentos de Imagem
(DESCREVER)

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

Sumário, 27/03/2020
Local e Data
João Nairdo da Silva Pereira
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprimir o formulário, assinar e entregar no mesmo ponto de atendimento ou que deu entrada inicialmente no seu pedido de 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 rgo).



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397648/19
Vítima: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA
CPF: 067.705.044-56
CPF de: Próprio
Data do acidente: 10/08/2019
Titular do CPF: JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

JOSE NAILDO DA SILVA PEREIRA : 067.705.044-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014357047761
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COG. RENAVAM ENTRIC. EXERCÍCIO
1 1181106050 ***** 2019

ELIANE SILVA DA ROCHA

PAULISTA-PE

098.145.374-03 PLACA PCK8417

PLACANTAL CHASSI

1181106050 COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

PAS MOTOCICLETA

ANEXO FAB. ANO MOD.

HONDA/XRE 300 ABS 2018 2019

CAP/ROT/CIL. CATEGORIA

2P/291CL PARTIC

VERDE

COTA UNICA VENC. COTA UNICA

1º *****

2º *****

3º *****

DATA DE PAGAMENTO

13/02/19

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

80.11 0.32 84.58

OBSERVAÇÕES

AL FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

PAULISTA-PE

25/02/19

Roberto Carlos Morcira Fontelles

Roberto Carlos Morcira Fontelles

014357047761

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VANTAGEM PERISTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA, OU NAQ. SEGURO DPVAT

PE Nº 014357047761 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ELIANE SILVA DA ROCHA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PAULISTA-PE

098.145.374-03 PLACA PCK8417

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2019 25/02/19

RENAVAM MARCA/MODELO

1181106050 HONDA/XRE 300 ABS

ANEXO FAB. DATA TRAF. Nº Chassi

2018 09 9C2ND1120KR100348

PRÊMIO TARIFARIO

R\$ (R\$) DENOMIN. (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

86.05 4.01 90.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

4.15 0.32 84.58

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

13/02/19

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.868/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

PPF NÃO É UM BOMBR CERTIFICADO

014357047761

