



Número: **0018257-41.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/04/2020**

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
LEANDRO BEZERRA LINS (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65359 370	28/07/2020 10:42	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 012564914901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VEH. COD. RENAVAM 870941278 DT/RC 2016

NAME
LUANA MARIA DA SILVA

CARUARU-PE

OFF/CNPJ 123.416.944-46 PLACA KLM3696

PLACA ANT/UE 9C2KC08506R804334 CHASSI

***** ESPECIE TIPO GASOL. TMS

PAS MOTOCICleta

MARCA/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2006

CAF/NOT/OL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VEN. COTA UNICA VENC/COTAS

IPV 2016 QUITADO 1º *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º *****

3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) 100,00 PRÉMIO TOTAL (R\$) 100,00 DATA DE PAGAMENTO 06/12/16

SEGURADO PAGO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

LOCAL CARUARU-PE DATA 06/12/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Presidente DFTAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCULOS AUTOMOTORES DE TERRESTRE, AEREA, MARÍTIMA, APENAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE N° 012564914901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUANA MARIA DA SILVA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 8000 922 1264

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 06/12/16

VEH. OFF / CNPJ 123.416.944-46 PLACA KLM3696

RENAVAM 870941278 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2005 CAT. TMS CHASSI 9C2KC08506R804334

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (R\$) 100,00 CUSTO DO BILHETE (R\$) 100,00 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 100,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 100,00 ICMS (R\$) 100,00

DATA DE PAGAMENTO 06/12/16 DATA DE QUITAÇÃO 06/12/16

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.609/0001-04

www.seguradolarider.com.br

FEV-2016

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELA NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PE N° 012564914901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO: COD. RENAVAM: 870341278 | INTRC: ***** | EXERCÍCIO: 2016

PRINCIPAL: NOME: LUANA MARIA DA SILVA

CARUARU-PE

OFFICINA: 123.416.944-46 | PLACA: KLM3696

PLACA ANT/UE: ***** | CHASSI: 9C2KC08506R804334

ESPECIE TIPO:

PAS. MOTOCICleta

COMBUSTIVEL:

CASOL. TMS

MARCA/Modelo:

HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB.: 2005 | ANO MOD.: 2006

CAF/NOT/OL:

CATEGORIA:

2P/149CL

PARTIC

COR PREDOMINANTE:

PRETA

COTA UNICA:

VENO. COTA UNICA:

VENC./COTAS:

IPVA 2016 QUITADO

FAIXA IPVA:

PARCELAMENTO/COTAS:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380089/19

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

CPF: 054.522.714-30

Data do acidente: 08/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO BEZERRA LINS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 30/10/2019

Data do cadastramento: 30/10/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810422443700000064135283>
Número do documento: 20072810422443700000064135283

Num. 65359370 - Pág. 3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190612988 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA (PÉ - P4), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

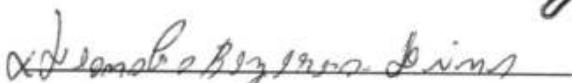
NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR	
IDENTIDADE: 7.336.803 SDS/PE	CPF: 054.522.714-30
DATA DO ACIDENTE: 08/01/2018	
COBERTURA: INVALIDEZ	
VÍTIMA: LEANDRO BEZERRA LINS	
ENDEREÇO: AV JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214, LOTTO COQUEIRAL, TORITAMA /PE	

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO 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 CONFIÓ 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

TORITAMA - PE 25 DE OUTUBRO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Reconheço Por Autenticidade a firma de
LEANDRO BEZERRA LINS. 25/10/2019 e dou fé.
Em testemunho da verdade. Escrevente:
GLEYSON ALVES MOTA DE ARAUJO
Emol.3,51, TSNR 0,80, FERC 0,40 Total R\$4,91
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/
Selo:0162057.YGJ1020190100979

Yson A. M. de Araújo
REVENTE AUTORIZADO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

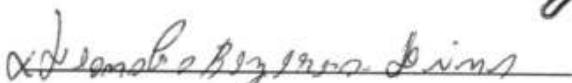
NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR	
IDENTIDADE: 7.336.803 SDS/PE	CPF: 054.522.714-30
DATA DO ACIDENTE: 08/01/2018	
COBERTURA: INVALIDEZ	
VÍTIMA: LEANDRO BEZERRA LINS	
ENDEREÇO: AV JOÃO JOAQUIM DA SILVA, 214, LOTTO COQUEIRAL, TORITAMA /PE	

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
PROFISSÃO: FUNCIONARIO PUBLICO 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

TORITAMA - PE 25 DE OUTUBRO 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0061571/20

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

CPF: 054.522.714-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/01/2018

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Titular do CPF: LEANDRO BEZERRA LINS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 14/02/2020

Data do cadastramento: 14/02/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380089/19

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

CPF: 054.522.714-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/01/2018

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Titular do CPF: LEANDRO BEZERRA LINS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

LEANDRO BEZERRA LINS : 054.522.714-30

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: 30/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190612988

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15039723

Pag. 01643/01644 - carta_01 - INVALIDEZ



00010822



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810422443700000064135283>
Número do documento: 20072810422443700000064135283

Num. 65359370 - Pág. 9



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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190612988

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

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.

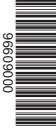
A documentação médica anexada, datada de 15/01/2018, emitida pelo Dr. JOSÉ VINÍCIUS GOMES DOS SANTOS, CRM nº 25516 - PE, da Instituição HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0199/101992 - carta_31 - INVALIDEZ



00060996

Carta nº 15077748



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810422443700000064135283>
Número do documento: 20072810422443700000064135283

Num. 65359370 - Pág. 10



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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076098

Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS

Data do Acidente: 08/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15511877

Pag. 01047/01048 - carta_01 - INVALIDEZ



00036524



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810422443700000064135283>
Número do documento: 20072810422443700000064135283

Num. 65359370 - Pág. 11



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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200076098 **Vítima: LEANDRO BEZERRA LINS**

Data do Acidente: 08/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEANDRO BEZERRA LINS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01315/01316 - carta_04 - INVALIDEZ



00040658

Carta nº 15522570



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810422443700000064135283>
Número do documento: 20072810422443700000064135283

Num. 65359370 - Pág. 12



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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="LEANDRO BEZERRA LINS"/>	6 - CPF: <input type="text" value="054 522 714-30"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="REC. INF"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="AV. JOAO SORIANI DA SILVA"/>	9 - Número: <input type="text" value="214"/>	10 - Complemento: <input type="text" value="CASA"/>
11 - Bairro: <input type="text" value="LOTTO COANGIRAL"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="TORITAMA"/>	13 - Estado: <input type="text" value="PE"/>	14 - CEP: <input type="text" value="55125-000"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR"/>		16 - Tel.(DDD): <input type="text" value="81-99665-0454"/>	

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:

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: (3)
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

34 Imprссão digital da vítima ou testemunha não alfabetizada	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) _____ 40 - Local e Data, <input type="text" value="TORITAMA 28/10/2017"/> <i>Leandro Bezerra Lins</i>	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	TESTEMUNHAS
---	--	--	-------------

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FDC 001 UN02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="LEANDRO BEZERRA LINS"/>	6 - CPF: <input type="text" value="054 522 714-30"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="REC. INF"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="AV. JOAO SORIANI DA SILVA"/>	9 - Número: <input type="text" value="214"/>	10 - Complemento: <input type="text" value="CASA"/>
11 - Bairro: <input type="text" value="LOTTO COANGIRAL"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="TORITAMA"/>	13 - Estado: <input type="text" value="PE"/>	14 - CEP: <input type="text" value="55125-000"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR"/>		16 - Tel.(DDD): <input type="text" value="81-99665-0454"/>	

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:

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: (3)
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

34 Impressão digital da vítima ou testemunha não alfabetizada	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Leandro Bezerra Lins

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FDC 001 UN02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



3 de 3

05/03/2018 14:39



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
 DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0219000323**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/03/2018** às
14:51

Complementa o BO Número: **18E0219000298**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia **8/1/2018** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO/MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 1, BR104** - Bairro:

CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMANTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 SIMONE CRISTIANE DA SILVA (NOTICIANTE)
 LEANDRO BEZERRA LINS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a).
 LEANDRO BEZERRA LINS

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

LEANDRO BEZERRA LINS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILDA MARIA DE OLIVEIRA** Pai: **ARLINDO BEZERRA LINS** Data de Nascimento: **13/2/1985**
 Naturalidade: **AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7336863/SDS/PE (RG)**,
05452271438 (CPF) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
 Profissão: **COSTUREIRO(A)**

SIMONE CRISTIANE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA DA SILVA** Pai: **GERALDO POSSIDONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/6/1988**
 Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8814991/SDS/PE (RG)**,
09442157426 (CPF) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DO LAR**
 Telefones Celulares:
 - **81983796413**

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

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



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BOEPrev...

MOTOCICLETA HONDA CG 150 KLM3696 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLM3696** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2MC08586R804334**
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2006**

Complemento / Observação

RELATA A NOTICIANTE QUE NO DIA 08/01/2018 A VÍTIMA LEANDRO BEZERRA LINS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SENDO CONDUZIDO PELO SAMU AO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA EM TORITAMA, SENDO ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE. NESTA DATA COMPARCEU A ESTA DP A SENHORA SIMONE CRISTIANE DA SILVA IDENTIDADE 8514881 SDS/PE, CPF 094421674 26, SOLICITANDO A RETIFICAÇÃO DA DATA DO ACIDENTE CONSTA NESTE BO 08.02.2018, PARA 08. 01.2018, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA DE 29.01.2018 RELATANDO A OCORRÊNCIA, NA DATA MENCIONADA.(RETIFICADA) NESTA DATA A PESSOA DE SIMONE CRISTIANE DA SILVA, VEM ACRESCENTAR O NOME DA PESSOA QUE ESTÁ NO DOCUMENTO DA MOTOCICLETA DE PLACA KLM3696. LUANA MARIA DA SILVA, CPF 123.416.944-46. NA OPORTUNIDADE A NOTICIANTE APRESENTA XEROX DO CRLV DA MOTOCICLETA REFERENCIA. É O QUE FIZ CONSTAR.

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

SIMONE CRISTIANE DA SILVA
 (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **Rui Jese Medeiros Silva** - Matrícula: **381182-6**




3 de 3

05/03/2018 14:39



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA -
 DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0219000323**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/03/2018** às
14:51

Complementa o BO Número: **18E0219000298**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia **8/1/2018** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO/MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TORITAMA, 1, BR104** - Bairro:

CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMANTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 SIMONE CRISTIANE DA SILVA (NOTICIANTE)
 LEANDRO BEZERRA LINS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a).
 LEANDRO BEZERRA LINS

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

LEANDRO BEZERRA LINS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILDA MARIA DE OLIVEIRA** Pai: **ARLINDO BEZERRA LINS** Data de Nascimento: **13/2/1985**
 Naturalidade: **AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7336863/SDS/PE (RG)**,
05452271438 (CPF) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
 Profissão: **COSTUREIRO(A)**

SIMONE CRISTIANE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA SEVERINA DA SILVA** Pai: **GERALDO POSSIDONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/6/1988**
 Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8814991/SDS/PE (RG)**,
09442157426 (CPF) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DO LAR**
 Telefones Celulares:
 - **81983796413**

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

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



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BOEPrev...

MOTOCICLETA HONDA CG 150 KLM3696 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEANDRO BEZERRA LINS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KLM3696** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2MC08586R804334**
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2006**

Complemento / Observação

RELATA A NOTICIANTE QUE NO DIA 08/01/2018 A VÍTIMA LEANDRO BEZERRA LINS SOFREU ACIDENTE DE MOTOCICLETA, SENDO CONDUZIDO PELO SAMU AO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA EM TORITAMA, SENDO ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE. NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DP A SENHORA SIMONE CRISTIANE DA SILVA IDENTIDADE 8514881 SDS/PE, CPF 094421674 26, SOLICITANDO A RETIFICAÇÃO DA DATA DO ACIDENTE CONSTA NESTE BO 08.02.2018, PARA 08. 01.2018, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU DATADA DE 29.01.2018 RELATANDO A OCORRÊNCIA, NA DATA MENCIONADA.(RETIFICADA) NESTA DATA A PESSOA DE SIMONE CRISTIANE DA SILVA, VEM ACRESCENTAR O NOME DA PESSOA QUE ESTÁ NO DOCUMENTO DA MOTOCICLETA DE PLACA KLM3696. LUANA MARIA DA SILVA, CPF 123.416.944-46. NA OPORTUNIDADE A NOTICIANTE APRESENTA XEROX DO CRLV DA MOTOCICLETA REFERENCIA. É O QUE FIZ CONSTAR.

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

SIMONE CRISTIANE DA SILVA
 (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **Rui Jese Medeiros Silva** - Matrícula: **381182-6**






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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="LEANDRO BEZERRA LINS"/>	6 - CPF: <input type="text" value="054 522 714-30"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="REC. INF"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="AV. JOAO SORIANI DA SILVA"/>	9 - Número: <input type="text" value="214"/>	10 - Complemento: <input type="text" value="CASA"/>
11 - Bairro: <input type="text" value="LOTTO COANGIRAL"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="TORITAMA"/>	13 - Estado: <input type="text" value="PE"/>	14 - CEP: <input type="text" value="55125-000"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR"/>		16 - Tel.(DDD): <input type="text" value="81-99665-0454"/>	

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:

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: (3)
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

34 Imprссão digital da vítima ou testemunha não alfabetizada	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) _____ 40 - Local e Data, <input type="text" value="TORITAMA 28/10/2017"/> <i>Leandro Bezerra Lins</i>	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	TESTEMUNHAS
---	--	--	-------------

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FDC 001 UN02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <input type="text" value="LEANDRO BEZERRA LINS"/>	6 - CPF: <input type="text" value="054 522 714-30"/>		
7 - Profissão: <input type="text" value="REC. INF"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="AV. JOÃO SORIANI DA SILVA"/>	9 - Número: <input type="text" value="214"/>	10 - Complemento: <input type="text" value="CASA"/>
11 - Bairro: <input type="text" value="LOTTO COANGIRAL"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="TORITAMA"/>	13 - Estado: <input type="text" value="PE"/>	14 - CEP: <input type="text" value="55125-000"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR"/>		16 - Tel.(DDD): <input type="text" value="81-99665-0454"/>	

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:

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: (3)
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

34 Imprссão digital da vítima ou testemunha não alfabetizada	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Leandro Bezerra Lins

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FDC 001 UN02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





**SAMU
192**

Prefeitura Municipal de Toritama
Secretaria de Saúde de Toritama

Toritama, 29 de janeiro de 2018

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **LEANDRO BEZERRA LINS** portador do RG **7.336.803 SDS-PE** e CPF **054.522.714-30** que consta nos registros de ocorrências Nº**0010**do **SAMU** Toritama, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 08 do mês de janeiro do ano de 2018 às 00: 00hs: 03min. No endereço:na BR 104(Próximo ao lixão) município de Toritama com queixa de queda e Moto tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local sendo transportado para o **HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**, na cidade de Toritama-Pe.

De acordo com o registro de informações do **SAMU** foram realizados no paciente o os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

[Handwritten signature of Ana Paula S. de A.]
Ana Paula S. de A.
Enfermeira
COREN-PE 334662
COORDENADORA
SAMU TORITAMA

ANA PAULA SILVA DE ASSIS-ENF-COREN-PE 334662

COORD. SAMU Toritama

Recebi esta declaração do SAMU Toritama em -----/-----/-----





**SAMU
192**

Prefeitura Municipal de Toritama
Secretaria de Saúde de Toritama

Toritama, 29 de janeiro de 2018

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **LEANDRO BEZERRA LINS** portador do RG **7.336.803 SDS-PE** e CPF **054.522.714-30** que consta nos registros de ocorrências Nº**0010**do **SAMU** Toritama, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 08 do mês de janeiro do ano de 2018 às 00: 00hs: 03min. No endereço:na BR 104(Próximo ao lixão) município de Toritama com queixa de queda e Moto tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local sendo transportado para o **HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**, na cidade de Toritama-Pe.

De acordo com o registro de informações do **SAMU** foram realizados no paciente o os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

[Handwritten signature of Ana Paula S. de A.]
Ana Paula S. de A.
Enfermeira
COREN-PE 334662
COORDENADORA
SAMU TORITAMA

ANA PAULA SILVA DE ASSIS-ENF-COREN-PE 334662

COORD. SAMU Toritama

Recebi esta declaração do SAMU Toritama em -----/-----/-----



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

NOTA FISCAL - **FATURA** - **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50085-902
CNPJ 10.235.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALFREIA MARIA DOURA DE A. FERNANDES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
CENTRO/SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CPF: 945.254.444-04

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	PERÍODO
07/11/2019	17024	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE CONTA/ACCO
07/10/2019	07005749888	375.000
DATA DE EMISSÃO		DATA DE PAGAMENTO
14/10/2019		07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)		102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acrecento Bandeira AMARELA	109.0000000	0,81089852	87,55
Acrecento Bandeira VERMELHA			0,80
Consumo Bem Pública/Municipal			5,01
ICMS Subvenção CDE - NF 080234779-04/07/19			8,84
ICMS Subvenção CDE - NF 0704470-05/09/19			0,78
Multa por atraso - NF 075940294- 04/09/19			0,00
Juros por atraso - NF 075940294- 04/09/19			1,25
Juros por atraso - NF 075940294- 04/09/19			0,11

TOTAL DA FATURA
102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MÊS/AN	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
06/2019	CAT	04/09/2019	36.129,00	37.10.2019	36.127,00	1,0000	1,0000		108,00

DETALHES DE CONSUMO

DETALHES DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
OUT/19 - 108		Consumo de Energia: R\$ 102,45 97,85%
SET/19 - 91	BASE DE ICMS: R\$10,45 %: 25,00 VALOR DO ICMS: R\$ 2,68	Transmissão: R\$ 3,22 31,47%
AGO/19 - 112		Subvenção Cdepe: R\$ 10,81 21,07%
SET/19 - 113	ICMS: R\$10,45 %: 1,20 VALOR DO ICMS: R\$ 1,20	Perda de Energia: R\$ 0,17 0,02%
SET/19 - 162		Encargos Setoriais: R\$ 4,01 4,88%
SET/19 - 153		Total: R\$ 29,99 31,27%
AGO/19 - 172		
AGO/19 - 166		
AGO/19 - 167		
AGO/19 - 131		
DEZ/19 - 176		
NOV/19 - 186		
OUT/19 - 123		

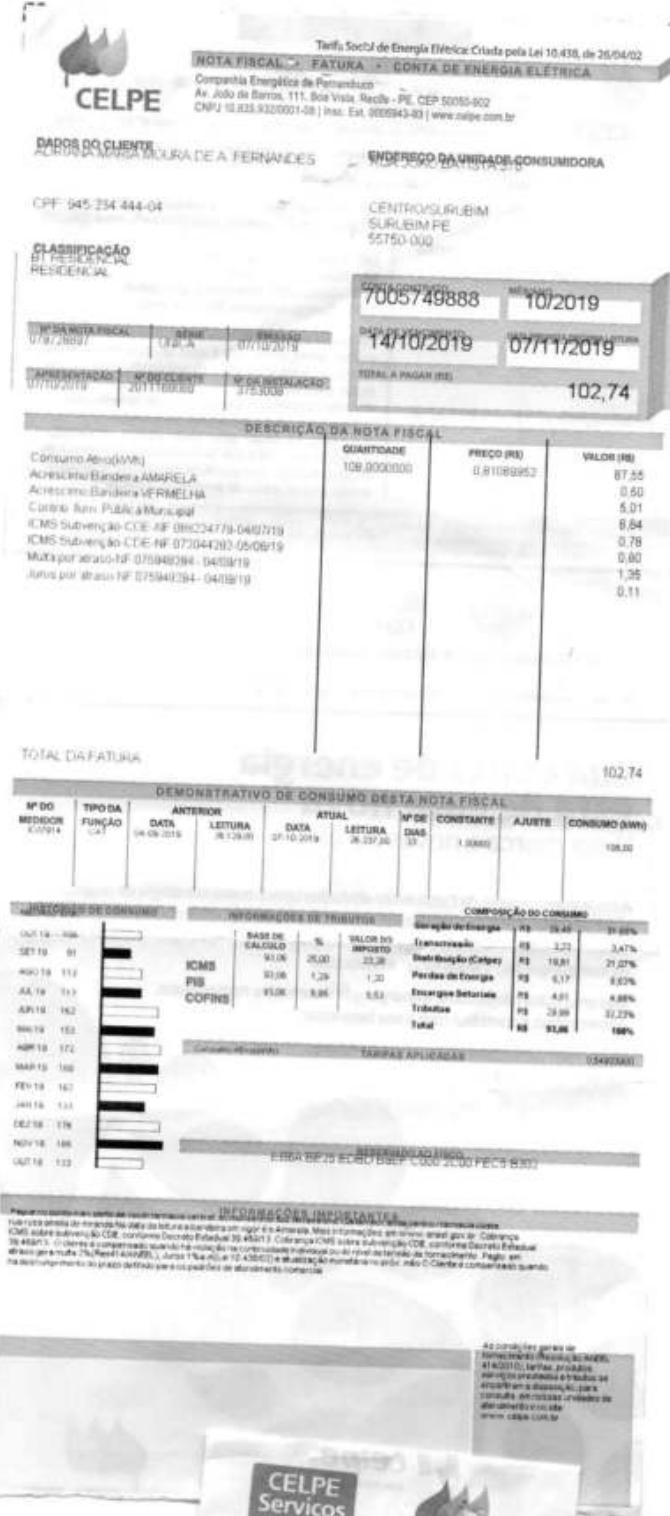
DETALHES DE CONSUMO

DETALHES DE CONSUMO	TARIFAS APLICADAS
OUT/19 - 108	0,81089852
SET/19 - 91	0,81089852
AGO/19 - 112	0,81089852
SET/19 - 113	0,81089852
SET/19 - 162	0,81089852
SET/19 - 153	0,81089852
AGO/19 - 172	0,81089852
AGO/19 - 166	0,81089852
AGO/19 - 167	0,81089852
AGO/19 - 131	0,81089852
DEZ/19 - 176	0,81089852
NOV/19 - 186	0,81089852
OUT/19 - 123	0,81089852

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Para mais informações sobre o consumo bimensal entre em contato com a Companhia Energética de Pernambuco (CEPE) ou com a sua concessionária local. Mais informações em: www.mct.gov.br ou no site da Cide, www.mct.gov.br/cide. O ICMS sobre subvenção ao CDE, conhecido como ICMS sobre subvenção ao CDE, conforme Decreto Federal 36.453/93, é devida e compreendida quando se trata de consumo de energia elétrica destinado ao abastecimento doméstico ou ao abastecimento de fornecimento. Pode ser devida sobre consumo de energia elétrica destinado ao abastecimento de fornecimento, quando se trata de consumo de energia elétrica destinado ao abastecimento doméstico.





ATENÇÃO
A vida útil dos dados impressos neste comprovante dependerá de alguns cuidados: arquive-o em local seco, sem contato com plásticos, produtos químicos ou óleo. Não o exponha também à luz do sol, lâmpadas fluorescentes e fontes de calor.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007281042244370000064135283>
Número de documento: 2007281042244370000064135283

Núm. 65359370 - Pág. 26



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=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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEANDRO BEFERRA LINS inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.522.714 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LEANDRO BEFERRA LINS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.522.714 / 30, 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	RUA JOAO BATISTA	Número	370	Complemento	643P
Bairro	CENTRO	Cidade	SURUBIM	Estado	PE
Email	AFSEGURAS1994@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial(DDD)	81-99665-0454	Telefone celular (DDD)	81-98133-5022

TORITAMA, 28 de OUTUBRO de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante



Toritama, 05 de Fevereiro de 2017.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 021/2018

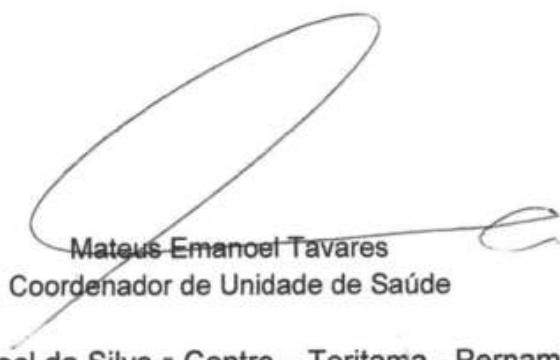
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **LEANDRO BEZERRA LINS**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **LEANDRO BEZERRA LINS** deu entrada nesta unidade como consta na ficha geral de emergência no registro nº 72.421, no dia 08/01/2018 foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Emanoel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192• E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama





Registro: 72.421	Hora: 00:36	Nome do Paciente: Leandro Bessa Bins		Sexo: M	Data de Entrada: 08.01.2018
Idade: 32	RG: 7.336.803	Órgão Emissor: SNS/PE	CPF: 000.000.000-00	Estado Civil: casado	
Data de Nascimento: 13.02.1985		Naturalidade: Juazeiro PE			
Endereço: R:			Número:	Complemento: Casa	
Cidade:		Bairro:		UF: PE	CEP:
SUS: 000.000.000-00	Profissão: professor				
Nome da Mãe: Silvana Maria de Oliveira		Nome do Pai: Leandro Bessa Bins			
Nome do Responsável: Telefone:					

PA: 110 x 80	PULSO: 92	FR: 21	HGT: 168	PESO: >	T (°C): -
SpO ₂ ambiente: 98%	SpO ₂ com O ₂	L/min:			
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE		ASSINATURA E CARIMBO:			

HDA: hipertensão arterial crônica de queixa de dor, tontura, dor de cabeça.

Hipertensão: (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não // Diabetes: (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não //	APP: 98/70 mmHg
EXAME GERAL: <i>Erros supostos</i>	OROSCOPIA:
OTOSCOPIA:	NEUROLÓGICO:
ACV: <i>RRIT 92bpm</i>	GLASGOW: 15
AR: <i>RR 16/10 51 R</i>	NUCA: <i>15</i>
ÁBDOME:	PUPILAS:
MEMBROS:	PELE:

Diagnóstico

Provisório:

Alergias: () Sim: _____ () Não

Conduta:

- ① BP 140/90 mmHg TV 2000 ml, 1, 2
- ② Díurese: 1-2 litros/dia
- ③ Habilidades: falar, ouvir, ver, andar, etc.

MÉDICO(CRM)

Raymond Cruz
CRM 25878



**SECRETARIA
DE SAÚDE
ENCAMINHAMENTO**

Prefeitura Municipal de
Toritama
A mudança começou.



1ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE

Leandro Ferreira Lins

REGISTRO N°

77.421

IDADE

32

RESIDENTE

Toritama

PARA O HOSPITAL

HR - NEURO / TRAUMA

SENHA N°

5356759

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE:

Act vitígo de acidente de moto. Chegou ao serviço, trazido pelo SAMU, consciente, porém desorientado e alucinado. Foi estabilizado e realizado raio X de tórax, abdômen, bacia e pé (D) (por lesão importante). Constata-se fratura de bacia e pé (D) (por lesão importante). Constata-se fratura de bacia e pé (D) (por lesão importante).

MS: 110 x 80 mm. FC: 90bpm. SpO₂ 98% M A.A. Hgt. 168. Neuro: pupilas isocílicas e palpebrantes MNG M A.H. SI RA.

Transfuso pt. subclínico, M uso de SMD e traço clínico, SpO₂ 98%. M A.A. para atend. da Traumatologia / Neuro no Hosp. de Restinga.

CR-22

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA 08/01/18

ASSINATURA DO MÉDICO

Rayana Cruz
Médica
CRM 25878

OBS - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação.

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

81 3741.1811

Secretaria de Saúde de Toritama

CNPJ: 11.073.548/0001-88
Rua João Chagas, S/N - Centro
Toritama, Pernambuco, CEP 55125 000





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	PRONTUÁRIO: 1618456	ATENDIMENTO: 00917408
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1985	FOI ATENDIDO EM: 08/01/2018 Às	
		DATA DA ALTA: 16/01/2018 Às 14:55

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO COM TRAUMA EM PE DIREITO. RESULTANDO EM FERIMENTO EXTENSO E LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO HALUX + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

CID: S969 + S819 + S420

Tratamento Realizado:

LINPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICO + ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA
IMOBILIZAÇÃO DE MSD

Observação:

TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS
INICIAR FISIOTERAPIA PRECOCEMENTE
CURATIVO DIÁRIO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (RETRIRAR PONTOS DE SUTURA A PARTIR DE 25/01)
MANTER TIPOIA AMERICANA

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR TIAGO JUSTO

Dr. José Viničius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

JOSE VINIÇUIS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 15, JANEIRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810422443700000064135283>
Número do documento: 20072810422443700000064135283

Num. 65359370 - Pág. 31



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810422443700000064135283>
Número do documento: 20072810422443700000064135283

Num. 65359370 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810422443700000064135283>
Número do documento: 20072810422443700000064135283

Num. 65359370 - Pág. 33

Toritama, 05 de Fevereiro de 2017.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima **Declaração de Atendimento Hospitalar**

DECLARAÇÃO nº 021/2018

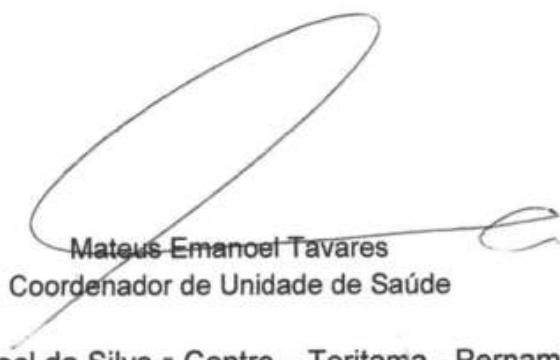
Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **LEANDRO BEZERRA LINS**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **LEANDRO BEZERRA LINS** deu entrada nesta unidade como consta na ficha geral de emergência no registro nº 72.421, no dia 08/01/2018 foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Emanoel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192• E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

53316759 FICHA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro:	Hora:	Nome do Paciente:	Sexo:	Data de Entrada:
72.421	00:36	Leandro Bento Bins	M	08.01.2018
Idade:	RG:	Órgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:
32	7.336.803	SBS/PE	mais tremer	
Data de Nascimento:		Naturalidade:		
13.02.1985		jucurutu - PE		
Endereço:			Número:	Complemento:
R:				Casa
Cidade:			Bairro:	UF: PE
SUS:		Profissão:		
mais tremer				
Nome da Mãe:		Nome do Pai:		
márcia maria de oliveira		jucurutu - PE		
Nome do Responsável: Telefone:				

PA: 112 x 80 PULSO: 92 FR: 21 HGT: 168 PESO: 70 T (°C): -
 SpO₂ ambiente: 98% SpO₂ com O₂ ____ L/min:
 CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL ASSINATURA E CARIMBO:

HDA: pit, alveolizado, vitrino, de quecha
de nota, lenticular, poros, desbastados.

Hipertensão: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não // Diabetes: <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não //	APP: <i>Stomach. m.p.b.</i>
EXAME GERAL: <i>RR 135 - 140/80 - 90 mmHg -</i>	OROSCOPIA:
OTOSCOPIA:	NEUROLÓGICO:
ACV: <i>RR 135 IT FCD 90 bpm -</i>	GLASGOW: <i>(15)</i>
AR: <i>IV (7) N DCT 51 R12</i>	NUCA:
ABDÔME:	PUPILAS:
MEMBROS:	PELE:

Diagnóstico Provisório: _____

Alergias: Sim: _____ Não

Conduita:

- ①. SF 3,9%. SXR EV → ~~1.200~~ 1.100, 1^o, 2^o
- ②. Dose 1.- 10. = 100 EV
- ③. Soluto sabor forte, gás, urinol, pl. ④.

MÉDICO(CRM)

Raymond Cruz
CRM 25878



**SECRETARIA
DE SAÚDE
ENCAMINHAMENTO**

Prefeitura Municipal de
Toritama
A mudança começou.



1ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE

Leandro Bezerra Lins

REGISTRO N°

77.421

IDADE

32

RESIDENTE

Toritama

PARA O HOSPITAL

HR - NEURO / TRAUMA

SENHA N°

5356759

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE:

Act vitim de acidente de moto. Chegou ao serviço, trazido pelo SAMU, consciente, porém desorientado e alucinado. Foi estabilizado e realizado raio X de tórax, abdômen, bacia e pé (D) (por lesão importante). Constata fratura de bacia e pé (D) (por lesão importante). Constata fratura de bacia e pé (D) (por lesão importante).

MS: 110 x 80 mm. FC: 90bpm. SpO₂ 98% M A.A. Hgt. 168. Neuro: pupilas isocílicas e palpebrantes MNG M A.H S1 R.A.

Transfuso pt abdômen, M uso de SMD e liga clivagem, SpO₂ 98%. M A.A. para atendida da Traumatologia / Neuro no Hosp. de Restinga.

GR-2,

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA 08 / 01 / 18

ASSINATURA DO MÉDICO

Rayana Cruz
Médica
CRM 25878

OBS - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação.

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

81 3741.1811

Secretaria de Saúde de Toritama

CNPJ: 11.073.548/0001-88
Rua João Chagas, S/N - Centro
Toritama, Pernambuco, CEP 55125 000



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810422443700000064135283>
Número do documento: 20072810422443700000064135283

Num. 65359370 - Pág. 36



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LEANDRO BEZERRA LINS	PRONTUÁRIO: 1618456	ATENDIMENTO: 00917408
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1985	FOI ATENDIDO EM: 08/01/2018 Às	
		DATA DA ALTA: 16/01/2018 ÀS 14:55

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO COM TRAUMA EM PE DIREITO. RESULTANDO EM FERIMENTO EXTENSO E LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DO HALUX + FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

CID: S969 + S819 + S420

Tratamento Realizado:

LINPEZA E DESBRIDAMENTO CIRURGICO + ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA
IMOBILIZAÇÃO DE MSD

Observação:

TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 90 DIAS
INICIAR FISIOTERAPIA PRECOCEMENTE
CURATIVO DIÁRIO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (RETRIRAR PONTOS DE SUTURA A PARTIR DE 25/01)
MANTER TIPOIA AMERICANA

Encaminhado para:

AMBULATORIO DE DR TIAGO JUSTO

Dr. José Viničius Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

JOSE VINIČIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 15, JANEIRO ,2018

ATENÇÃO:

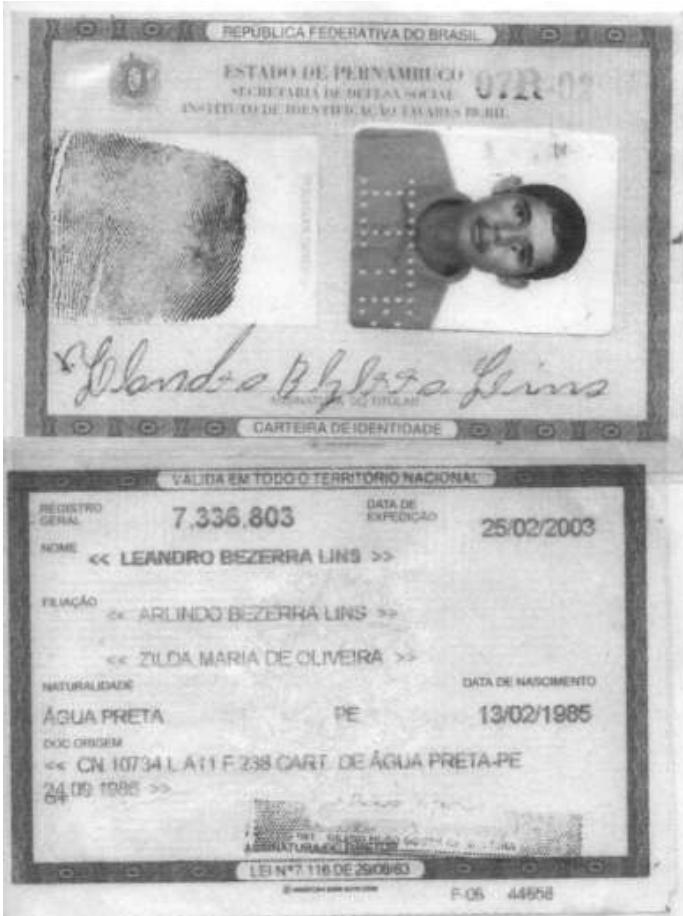
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

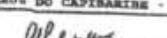


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 10:42:24
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810422443700000064135283>
Número do documento: 20072810422443700000064135283

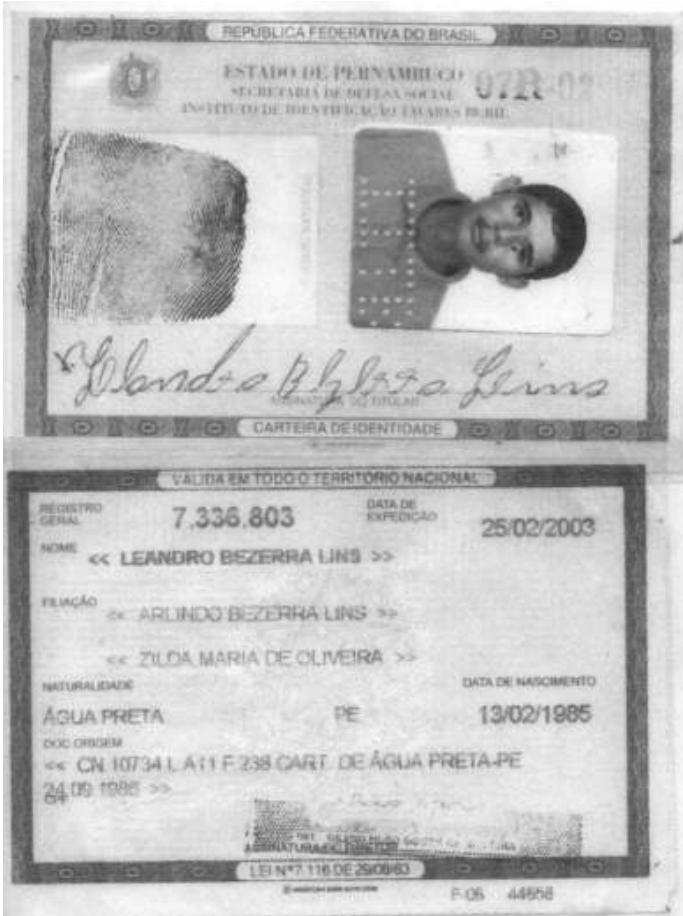
Num. 65359370 - Pág. 37



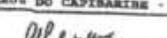
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
	
DOC. IDENTIFICAÇÃO / ÓRGÃO EMISSOR / UF 3092038 SSP PE	
CPF 574.346.534-68	
DATA NASCIMENTO 04/06/1968	
PLACAR AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO BALWANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
PERNAMBUCO - ACC - CAR HAB REGRAS DE CONDUÇÃO AD	
Nº REGISTRO 016197813388	VENCIMENTO 15/12/2020
1ª HABILITAÇÃO 25/09/1986	
OBSERVAÇÕES A	
	
ASSINATURA DO PODER	
LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE	DATA EMISSÃO 16/12/2015
	
ASSINATURA DO TÉCNICO	
47587078291 35970258447	
DETRAN-PE (PERNAMBUCO)	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
	
DOC. IDENTIFICAÇÃO / ÓRGÃO EMISSOR / UF 3092038 SSP PE	
CPF 574.346.534-68 DATA NASCIMENTO 04/06/1968	
PLACAR AMARO FERNANDES DE OLIVEIRA SOBRINHO BALWANI COSTA DE ALBUQUERQUE FERNANDES	
PERÍODO 01/01/2010 01/01/2020 AC CAR. HAB. AD	
N° REGISTRO 014197813308 VALIDADE 15/12/2020 HABILITACAO 25/09/1986	
OBSERVAÇÕES A	
	
ASSINATURA DO POSSESSOR LOCAL SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE DATA EMISSÃO 16/12/2015	
	
ASSINATURA DO TÉCNICO 47587078291 35970258447	
DETRAN-PE (PERNAMBUCO)	

