



Número: **0021726-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                               |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                           |                    |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| LENIVALDO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)  |                    | BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)<br>MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO) |                    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU) |                    |                                                                                         |                    |
| Documentos                           |                    |                                                                                         |                    |
| Id.                                  | Data da Assinatura | Documento                                                                               | Tipo               |
| 65700386                             | 03/08/2020 16:59   | <a href="#">ANEXO 1</a>                                                                 | Outros (Documento) |



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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01281/01282 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050641



Carta nº 14511243





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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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 14511244





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

**Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190403230**

**Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 1**

**Agência: 000001153-3**

**Conta: 000010017300-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro da SIA: \_\_\_\_\_ CNH do veículo: 04775419412 Nome completo da vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA CPF: 04775419412  
Profissão: REC. INF SI. RETIRO Número: 1417 Contato: CASA  
Bairro: COVA RURAL Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE PE Estado: PE Cel: 55790000  
Z. Ind: \_\_\_\_\_ (R) 96650454

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

RENDAS CADASTRAIS:  
☒ RENDAS INFERIORES ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$2.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (verifique para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (verifique os bancos)

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

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

AGÊNCIA: 1153 3 CONTA: 17300 2 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a integralização da indenização para a entidade beneficiária de minha totalidade de bens, da indenização em favor do Seguro DPVAT, a qual eu, titular do seguro, não dependo de assentimento de terceiros para a integralização do sinistro.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou incapaz ou tido por incapaz para o trabalho de minha totalidade de bens, da indenização em favor do Seguro DPVAT, para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou incapaz ou tido por incapaz para o trabalho de minha totalidade de bens, da indenização em favor do Seguro DPVAT, para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou C/C) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Gravidez da vítima com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima tiver ou tiver tido, informar nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima teve filhos com a vítima? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima tiver ou tiver tido, informar nome completo: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora não se responsabiliza por indenização de morte em caso de suicídio ou de morte decorrente de doença preexistente, conforme Lei nº 24.642/74, art. 1º, § 1º, desde que não haja comprovação de que a morte decorreu de acidente de trabalho ou de doença decorrente de acidente de trabalho.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE PE 27/06/19 TESTEMUNHAS  
Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura da quem assina o RODO

Lenivaldo Ferreira da Silva

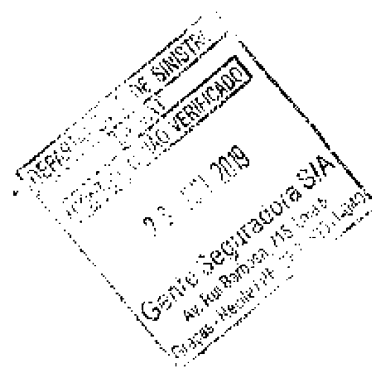
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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







POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
LUIZ CARLOS DIAS YONHA JR.  
AGENTE DE POLÍCIA  
387.822-9

531954  
0219097/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -  
DP130°CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0220000281

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/05/2019 às 11:42

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 16/2/2019 às 14:00

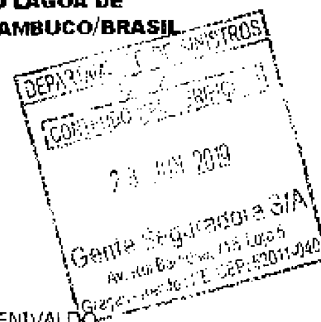
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LAGOA DE FARIAS (ZONA RURAL)** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
ITHANN WESLEY DE LIMA NUNES (OUTRO)  
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**



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

**LENIVALDO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE ESPINDOLA** Pai: **EDIVALDO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **8/4/1982** Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6856949/SDS/PE (RG) 04775419412 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81993477926**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, , SÍTIO RETIRO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**ITHANN WESLEY DE LIMA NUNES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ITHANN WESLEY DE LIMA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

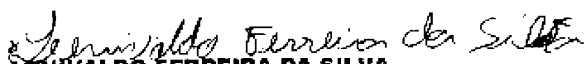
Chassi: **9C2ME0931DR306376**  
Combustível: **GASOLINA**  
Descrição: **HONDA CRF 230 F**



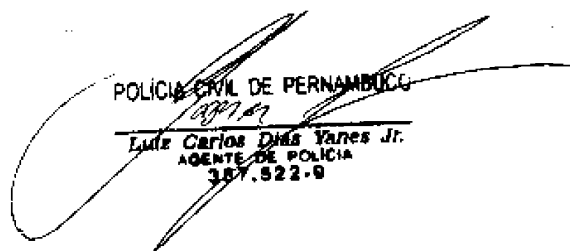
Complemento / Observação

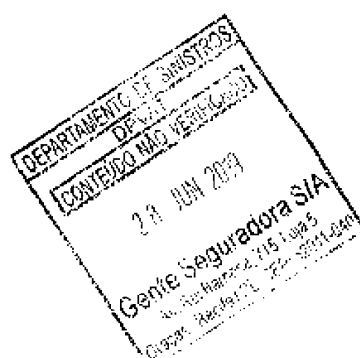
A VITIMA INFORMA QUE, NO DIA 16 DE FEVEREIRO DE 2019, POR VOLTA DAS 14 HORAS, PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA CRF 230 F, DE COR VERMELHA, SEM PLACA, NO SENTIDO DISTRITO DE PÃO DE AÇÚCAR AO CENTRO DO MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE/PE, QUANDO, NAS PROXIMIDADES DA LAGOA DE FARIAS, AO PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, OCASIONANDO LESÕES NO JOELHO ESQUERDO. LOGO APÓS O ACIDENTE, DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA DESTA CIDADE, E DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, FOI TRANSFERIDO PARA O HRA NO MUNICÍPIO DE CARUARU/PE. POSTERIORMENTE, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PE.

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

  
**LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUIZ CARLOS DIAS YANES JUNIOR** - Matrícula: **3875229**

  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
**LUIZ CARLOS DIAS YANES JR.**  
AGENTE DE POLICIA  
387.522-9



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro da SIA: \_\_\_\_\_ CPF do beneficiário: 04775419412 Nome completo da vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Nome completo: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA CPF: 04775419412  
 Profissão: REC. INF Indenizado: SI. RETIRO Número: 1417 Contato: CASA  
 Bairro: COVA RURAL Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE UF: PE Cel: 55790000  
 Z. Ind: \_\_\_\_\_ (R) 96650454

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

RENDAS CADASTRAIS:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (verifique para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (verifique os bancos)

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

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

AGÊNCIA: 1153 3 CONTA: 17300 2 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a integralização da indenização em parcela mensal a intermédio do meu representante legal, no valor da indenização mensal do Seguro DPVAT, a qual eu autorizo a ser descontada em nome do beneficiário, a partir da data de início da indenização.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou incapaz ou tido por incapaz para o trabalho de minha atividade habitual, pelo fato de ter sofrido acidente de trânsito, e não sou portador de doença ou lesão que me torne incapaz para o trabalho de minha atividade habitual, e não sou portador de doença ou lesão que me torne incapaz para o trabalho de minha atividade habitual.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não sou incapaz ou tido por incapaz para o trabalho de minha atividade habitual, pelo fato de ter sofrido acidente de trânsito, e não sou portador de doença ou lesão que me torne incapaz para o trabalho de minha atividade habitual, e não sou portador de doença ou lesão que me torne incapaz para o trabalho de minha atividade habitual.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (m/GA) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Gravidez da vítima com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima estiver com gravidez, informar nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima teve filhos com a vítima? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima estiver com filhos, informar nome completo: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora não se responsabiliza por indenização de morte de vítimas de acidente de trânsito, e não sou portador de doença ou lesão que me torne incapaz para o trabalho de minha atividade habitual, e não sou portador de doença ou lesão que me torne incapaz para o trabalho de minha atividade habitual.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 27/06/19 TESTEMUNHAS  
 Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Lenivaldo Ferreira da Silva  
 Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

\*(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escanear ou outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 3 (três) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do contrato antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**FUNDATA**

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte

Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

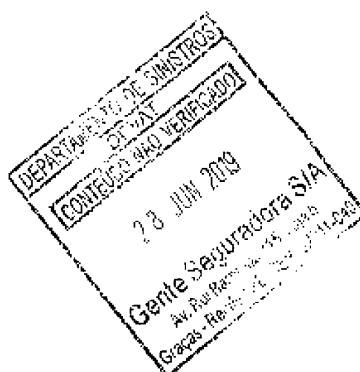
CNPJ-01.683.480/0001-03

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Lenivaldo Ferreira da Silva**, nascido 08 de abril 1982, deu entrada neste hospital no dia 16 de fevereiro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°44.029 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5642155.

Taquaritinga do Norte, 24 de abril de 2019.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
Presidente Fundação  
MAT. 000032



Rodovia PE -130. Km 08. Taquaritinga do Norte - PE. Telefone: (081) 3733-1192  
E-mail: fundata@hotmail.com





Anotações Complementares:

Conduta:

Imobilizar com faixa de crepe do joelho esquerdo

16.04 Voltar a sup - camp intra-plâtes

16.04 RX do joelho esquerdo.

Dra. Natália Maria Prazini  
Clínica Médica  
Ginecologia e Obstetrícia  
CRM 15.7593-6  
Médico (C.R.M.)

#### CONDIÇÕES DE ALTA

Tempo de Permanência Hospitalar:

dias:

Atig.

Curado ☐  
Melhorado ☐  
Internado ☐  
Piorado ☐  
Óbito ☐

Óbito em:   
Hora:   
+ 48 Horas ☐  
- 48 Horas ☐

Motivo: ☐ Decisão Médica  
☐ Alta Pediátrica  
☐ Transferência  
☐ Indisciplina

Transferido Para:

HRA - 5642155 -

Diagnóstico Definitivo:

Fratura distal de fêmur em região posterior do joelho esquerdo

Referimento:

Diagnóstico Anátomo-Pathológico:

Dra. Natália Maria Prazini



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000010017300-4

---

---

Nr. da Autenticação 1259888DE817BC63





Nota Fiscal  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-902  
CNPJ: 10.835.932/0001-00 | Insc. Est.: 00254033 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SIRETTO 4417

CPF: 047.754.194-12 NIS: 18495788608

CLASSIFICAÇÃO  
81 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COMUNS

RETRIBUTAÇÃO RURAL DO NORTE RURAL  
TADUQUARITINGA DO NORTE PE  
55790-000

Nº DA NOTA FISCAL: 2786572049  
SÉRIE: ÚNICA  
AFRONTAÇÃO: 059232334  
Nº DO CLIENTE: 2001450863  
Nº DA INSTALAÇÃO: 3862511

DATA DE VENCIMENTO: 23/04/2019  
TOTAL A PAGAR (R\$): 27,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Contrib. Ilum. Pública Munic. 25%

| QUANTIDADE  | PREÇO UNIT. | VALOR UNIT. |
|-------------|-------------|-------------|
| 50,00000000 | 0,2471688   | 12,35844    |
| 55,00000000 | 0,37554288  | 20,54686    |
|             |             | 17,98       |
|             |             | 3,55        |

TOTAL DA FATURA

27,28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | Tipo da Função | DATA       | LEITURA ANTERIOR | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|------------|------------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| W042944       | CAT            | 16-03-2018 | 11 738 00        | 11 843 00     | 26         | 1000      |        | 85,00         |

HISTÓRICO DE CONSUMO

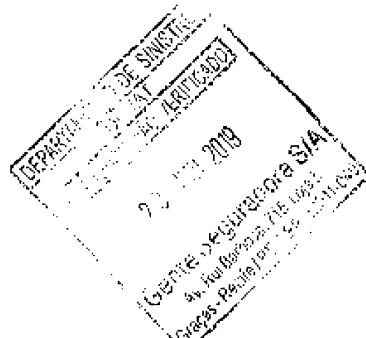
| DATA       | CONSUMO (kWh) |
|------------|---------------|
| 16-03-2018 | 85            |
| 16-03-2018 | 85            |
| 16-03-2018 | 85            |
| 16-03-2018 | 85            |
| 16-03-2018 | 85            |
| 16-03-2018 | 85            |
| 16-03-2018 | 85            |
| 16-03-2018 | 85            |
| 16-03-2018 | 85            |
| 16-03-2018 | 85            |

INFORMAÇÕES DE SERVIÇOS

| ÍCONE | DESCRIÇÃO | VALOR |
|-------|-----------|-------|
| ICONS | CONSUMO   | 23,41 |
| ICONS | CONSUMO   | 1,31  |
| ICONS | CONSUMO   | 0,37  |
| ICONS | CONSUMO   | 1,57  |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| CONSUMO                    | VALOR | PERCENTUAL |
|----------------------------|-------|------------|
| Consumo de Energia         | 23,41 | 85,8%      |
| Contribuição de Iluminação | 1,31  | 4,8%       |
| Perda de Energia           | 0,37  | 1,3%       |
| Energia de Serviço         | 1,57  | 5,7%       |
| Total                      | 26,66 | 97,6%      |





Endereço: Rua da Indústria, 100 - Jd. do Azeiteiro  
Cidade: São Paulo - SP - CEP: 05000-000  
Telefone: (11) 3033-1000  
E-mail: atendimento@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO DO PRODUTO



DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

| TIPO DE  | DATA       | LEITURA | DATA       | LEITURA | DATA       | LEITURA |
|----------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| PRIMEIRA | 01/01/2015 | 1000    | 01/02/2015 | 1000    | 01/03/2015 | 1000    |
| SEGUNDA  | 01/04/2015 | 1000    | 01/05/2015 | 1000    | 01/06/2015 | 1000    |
| TERCEIRA | 01/07/2015 | 1000    | 01/08/2015 | 1000    | 01/09/2015 | 1000    |
| QUARTA   | 01/10/2015 | 1000    | 01/11/2015 | 1000    | 01/12/2015 | 1000    |
| QUINTA   | 01/01/2016 | 1000    | 01/02/2016 | 1000    | 01/03/2016 | 1000    |
| SEXTA    | 01/04/2016 | 1000    | 01/05/2016 | 1000    | 01/06/2016 | 1000    |
| SÉTIMA   | 01/07/2016 | 1000    | 01/08/2016 | 1000    | 01/09/2016 | 1000    |
| ÓTIMA    | 01/10/2016 | 1000    | 01/11/2016 | 1000    | 01/12/2016 | 1000    |

| TIPO DE  | DATA       | LEITURA | DATA       | LEITURA | DATA       | LEITURA |
|----------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| PRIMEIRA | 01/01/2015 | 1000    | 01/02/2015 | 1000    | 01/03/2015 | 1000    |
| SEGUNDA  | 01/04/2015 | 1000    | 01/05/2015 | 1000    | 01/06/2015 | 1000    |
| TERCEIRA | 01/07/2015 | 1000    | 01/08/2015 | 1000    | 01/09/2015 | 1000    |
| QUARTA   | 01/10/2015 | 1000    | 01/11/2015 | 1000    | 01/12/2015 | 1000    |
| QUINTA   | 01/01/2016 | 1000    | 01/02/2016 | 1000    | 01/03/2016 | 1000    |
| SEXTA    | 01/04/2016 | 1000    | 01/05/2016 | 1000    | 01/06/2016 | 1000    |
| SÉTIMA   | 01/07/2016 | 1000    | 01/08/2016 | 1000    | 01/09/2016 | 1000    |
| ÓTIMA    | 01/10/2016 | 1000    | 01/11/2016 | 1000    | 01/12/2016 | 1000    |

1219484604

1219484604

Formulário de identificação com campos para nome, data de nascimento, e assinatura.

Formulário de identificação com campos para nome, data de nascimento, e assinatura, além de uma foto.

28 JUN 2016  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 100 - Jd. do Azeiteiro  
São Paulo - SP - CEP: 05000-000



**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 771206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar sanções administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERREIRAS inscrito (a) no CPF 574940534 / GP, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEONILDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.754.194.12, do sinistro de DPVAT cobertura ILVA LIDER da Vitima LEONILDO FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.754.194.12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Eu Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recusa 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.

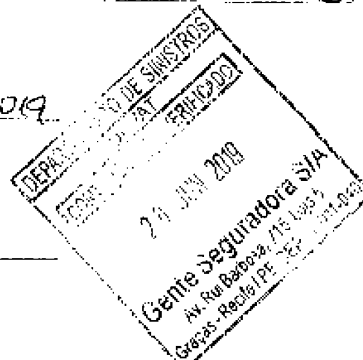
|                                   |                          |                        |                 |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------|
| Endereço                          |                          | Número                 | Controlemento   |
| <u>RUA JOAO BATISTA</u>           |                          | <u>370</u>             | <u>CASA</u>     |
| Bairro                            | Cidade                   | Estado                 | CUP             |
| <u>CENTRO</u>                     | <u>SURUBIM</u>           | <u>PE</u>              | <u>55750000</u> |
| Email                             | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |                 |
| <u>ayseguros1994@yahoo.com.br</u> | <u>(81) 96650454</u>     | <u>(81) 81335022</u>   |                 |

SURUBIM, 31 de MAIO de 2019.

Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Declarante



DECLAR 001/2017



0219097/19

TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 22 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190403230

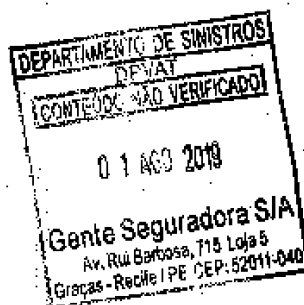
Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 16/02/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA CRF 230 F, chassi 9C2ME0931DR306376, não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

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

Nestes Termos  
Espera Deferimento

*Lenivaldo Ferreira da Silva*  
**LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**  
**VITIMA/BENEFICIARIA**



**FUNDATA**

Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte

Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

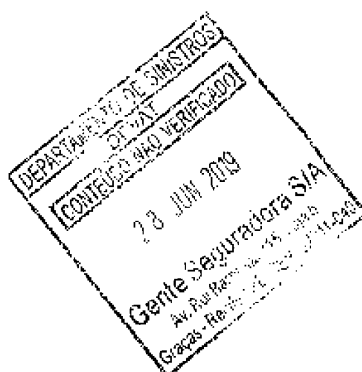
CNPJ-01.683.480/0001-03

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Lenivaldo Ferreira da Silva**, nascido 08 de abril 1982, deu entrada neste hospital no dia 16 de fevereiro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial N°44.029 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5642155.

Taquaritinga do Norte, 24 de abril de 2019.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior  
Presidente Fundação  
MAT. 000032



Rodovia PE -130. Km 08. Taquaritinga do Norte - PE. Telefone: (081) 3733-1192  
E-mail: fundata@hotmail.com





Anotações Complementares:

Conduta:

Imobilizar com faixa de crepe do joelho esquerdo

16.04 Voltar a sup - camp intra-plâtes

16.04 RX do joelho esquerdo.

Dra. Natália Maria Prazin  
Clínica Médica  
Ginecologia e Obstetrícia  
CRM 15.759/04  
Médico (C.R.M.)

#### CONDIÇÕES DE ALTA

Tempo de Permanência Hospitalar:

dias:

Atig.

Curado ☐  
Melhorado ☐  
Internado ☐  
Piorado ☐  
Óbito ☐

Óbito em:   
Hora:   
+ 48 Horas ☐  
- 48 Horas ☐

Motivo: ☐ Decisão Médica  
☐ Alta Pediátrica  
☐ Transferência  
☐ Indisciplina

Transferido Para:

HRA - 5642155 -

Diagnóstico Definitivo:

Fratura distal de fêmur em região posterior do joelho esquerdo

Referimento:

Diagnóstico Anátomo-Pathológico:

Natália Maria Prazin



HRF = 5642155 = 500415 =



**FUNDATA**

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE  
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

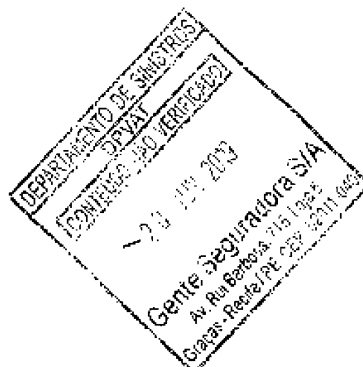
Encaminhamento

Encaminhamento para exame  
Imunológico (sangue) 2/10/20  
O exame será realizado no  
Laboratório de Análises  
Químicas e Clínicas  
do Hospital Geral Severino  
Pereira da Silva, quando  
conveniente ao caso.

Assinado por: Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior  
16/03/2020

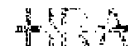
*[Handwritten signature]*

**RECEITUÁRIO MÉDICO**





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA  
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME



**DECLARAÇÃO**

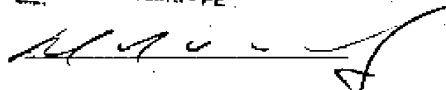
**Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) Lenivaldo Ferreira da Silva, Esteve Interno Nesta Unidade de Saúde no dia 16/03/2019 e assinou termo de responsabilidade em 17/03/2019. Registro Hospitalar: ,335363**

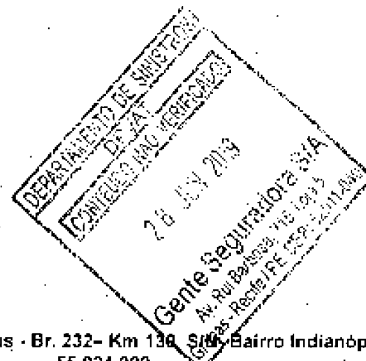
**OBS:..Vitima de Acidente de Trânsito.**

**Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.**

Caruaru, 13 de Maio de 2019

09.794.975/0000  
FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232, Km 130  
Indianópolis - CEP 55000-000  
Caruaru - PE

  
Setor de arquivo(same)



Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130, Sítio, Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP 55.024.000  
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



1940-1941: 1940-1941

|                                                   |                |                               |                      |                    |  |
|---------------------------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------------|--------------------|--|
| Nome: FENIVALDO FERREIRA DA SILVA                 |                | Atendimento: 492755           |                      | Prontuário: 335363 |  |
| Data Nas: 08/04/1982                              | Idade: 36      | Sexo: MASCULINO               | Cor: Parda           | Religião:          |  |
| CPF:                                              | RG:            |                               | CNS: 703003861757970 |                    |  |
| Endereço: SÍTIO RETIRO                            |                |                               |                      | Nº: 0              |  |
| Bairro: ZONA RURAL                                |                | Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE |                      | Estado: PE         |  |
| CEP: 55780000                                     | Fone: 89104769 | Profissão:                    |                      |                    |  |
| Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE ESPINDOLA |                |                               |                      |                    |  |
| Acompanhante:                                     |                |                               |                      |                    |  |
| Motivo do Atendimento: AT1 COM MO-OCULETA         |                |                               |                      |                    |  |
| Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA            |                |                               |                      |                    |  |

2 - ATENDIMENTO: Data: 16/03/2019 19:26 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Quelle ist ein sehr interessantes  
an der Quelle

Exame Físico: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Examen & Antecedentes de morbilidad

Diag. Provisorio.

Prescripció: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

Horário

① Intervalo

② Tula ~~com~~ pos. lux. em MB

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
FOMAT  
CONTROLE DE INFECÇÃO  
23 JUL 2018  
Farmácia S/A  
R. 15 de A  
1500-000

Dr. Luigi Paulo Freire  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PE 22412 TECE 15424

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DOUTOR  
 JOSEFINO MDO. VARELA JR.  
 23 JUL 2019  
 Gente Seguradora S/A  
 Av. da Bandeira, 115 - 11º Andar  
 Liberdade, Centro - São Paulo - SP

Dr. Luigi Paolo Freire  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PE 22412 TECP 15424



## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

| 3 - Evolução / Exames |  |
|-----------------------|--|
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |
|                       |  |

|                                                                                                                                                                 |                |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Termo de Responsabilidade de Alta e Pedido                                                                                                                      |                | <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiar |
| Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que esse ato possa acarretar. |                |                                                                                |
| Nome: _____                                                                                                                                                     | RG: _____      |                                                                                |
| Endereço: _____                                                                                                                                                 | Tel.: _____    |                                                                                |
| Data: _____                                                                                                                                                     | <br>Assinatura |                                                                                |

|                             |             |                                                                     |
|-----------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------|
| Autorização de Procedimento |             | <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiar |
| Nome: _____                 | RG: _____   |                                                                     |
| Endereço: _____             | Tel.: _____ |                                                                     |
| Procedimento: _____         |             |                                                                     |
| <br>Assinatura              |             |                                                                     |

|                                                                                                                                       |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Diag. Definitivo: _____                                                                                                               |                                                 |
| Destino do Paciente                                                                                                                   |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evadir-se     | <input type="checkbox"/> Termo de Alta e Pedido |
| <input type="checkbox"/> Transferência: _____                                                                                         | <input type="checkbox"/> Internamento _____     |
| Condição de Alta                                                                                                                      |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Óbito |                                                 |
| Data: ____/____/____                                                                                                                  | Hora: ____:____    Médico: _____    CRM: _____  |

10/03/2019 10:20:05  
2 de 2

Usuário do Atendimento  
DIEGOJLV



144 = 5642 155 = 5642 =



FUNDATA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE  
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

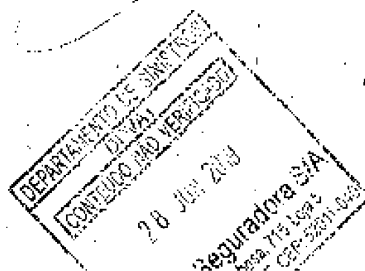
Encaminhamento

Encaminhar o paciente  
Lúcio Cito Filho, do Bfuc,  
Bairro, para guarda  
de medicação em tubo  
apresentando prescrição  
desta de farmácia, em regis-  
trador de farmácia.  
Sem outros dados.  
Cida R. —

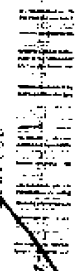
HOSPITAL FUNDATA  
161031079

03/08/2020 16:59:08  
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

RECEITUÁRIO MÉDICO



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO  
DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO



230423

949431

949431

949431

949431

949431

949431

949431

949431

949431

Modelo de Documento de Circulação  
Veículo: 949431  
Placa: 949431  
Data de Emissão: 08/08/2020  
Validade: 08/08/2021  
Valor: R\$ 10,00  
Código de Verificação: 949431

Contrato de Seguro  
Número do Contrato: 949431  
Valor do Seguro: R\$ 10,00  
Data de Vencimento: 08/08/2021

DEPARTAMENTO DE SINOS  
DEPARTAMENTO DE SINOS  
CONTROLE DE SINOS  
28 JUN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Bonito, 715 Loja 8  
Garcês - Recife/PE CEP: 51011-000

Assinatura: 949431  
Número do Documento: 949431  
Data de Emissão: 08/08/2020  
Validade: 08/08/2021  
Valor: R\$ 10,00  
Código de Verificação: 949431

Assinatura: 949431  
Número do Documento: 949431  
Data de Emissão: 08/08/2020  
Validade: 08/08/2021  
Valor: R\$ 10,00  
Código de Verificação: 949431

Modelo de Documento de Circulação  
Veículo: 949431  
Placa: 949431  
Data de Emissão: 08/08/2020  
Validade: 08/08/2021  
Valor: R\$ 10,00  
Código de Verificação: 949431

Contrato de Seguro  
Número do Contrato: 949431  
Valor do Seguro: R\$ 10,00  
Data de Vencimento: 08/08/2021

Assinatura: 949431  
Número do Documento: 949431  
Data de Emissão: 08/08/2020  
Validade: 08/08/2021  
Valor: R\$ 10,00  
Código de Verificação: 949431

Assinatura: 949431  
Número do Documento: 949431  
Data de Emissão: 08/08/2020  
Validade: 08/08/2021  
Valor: R\$ 10,00  
Código de Verificação: 949431

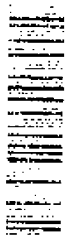
Assinatura: 949431  
Número do Documento: 949431  
Data de Emissão: 08/08/2020  
Validade: 08/08/2021  
Valor: R\$ 10,00  
Código de Verificação: 949431

Assinatura: 949431  
Número do Documento: 949431  
Data de Emissão: 08/08/2020  
Validade: 08/08/2021  
Valor: R\$ 10,00  
Código de Verificação: 949431

ITEM DE RESPONSABILIDADE

Modelo de Documento de Circulação  
Veículo: 949431  
Placa: 949431  
Data de Emissão: 08/08/2020  
Validade: 08/08/2021  
Valor: R\$ 10,00  
Código de Verificação: 949431

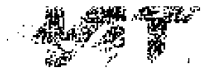
Contrato de Seguro  
Número do Contrato: 949431  
Valor do Seguro: R\$ 10,00  
Data de Vencimento: 08/08/2021



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO  
DEPARTAMENTO DE LICENCIAMENTO

Assinatura: 949431  
Número do Documento: 949431  
Data de Emissão: 08/08/2020  
Validade: 08/08/2021  
Valor: R\$ 10,00  
Código de Verificação: 949431





# NOTA DE SALA

05/12/19

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]

Assunto: [Illegible text]





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/08/2020 16:59:08  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080316590808400000064465378>  
 Número do documento: 20080316590808400000064465378



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

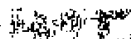
CCS-1100

ROKARIO

EDUCAÇÃO MÉDICA



# PRESCRIÇÃO MÉDICA



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

Nome do Paciente: *ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR*  
 Nº do Documento: *03/08/2020*  
 Data: *03/08/2020*

DIAGNÓSTICO

HORÁRIO

*Doença: Hipertensão Arterial*

*Exames: 18/05/2020 2500*

*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

EVOLUÇÃO

*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

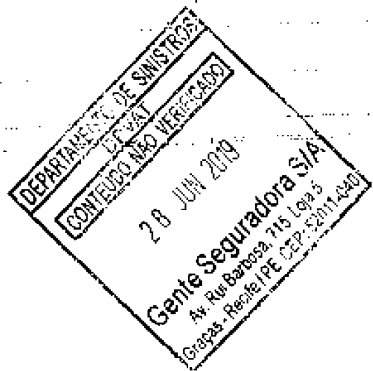
*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

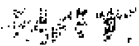
*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*

*15/06/2020 1060*



# EVOLUÇÃO DE TERMO ACORDADO



ANEXO II - ACORDO DE

TERMO ACORDADO

DATA:

4



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

12443

LEITO

PALEIOLO

DATA:

10/07/2019

17/07

10/07/2019

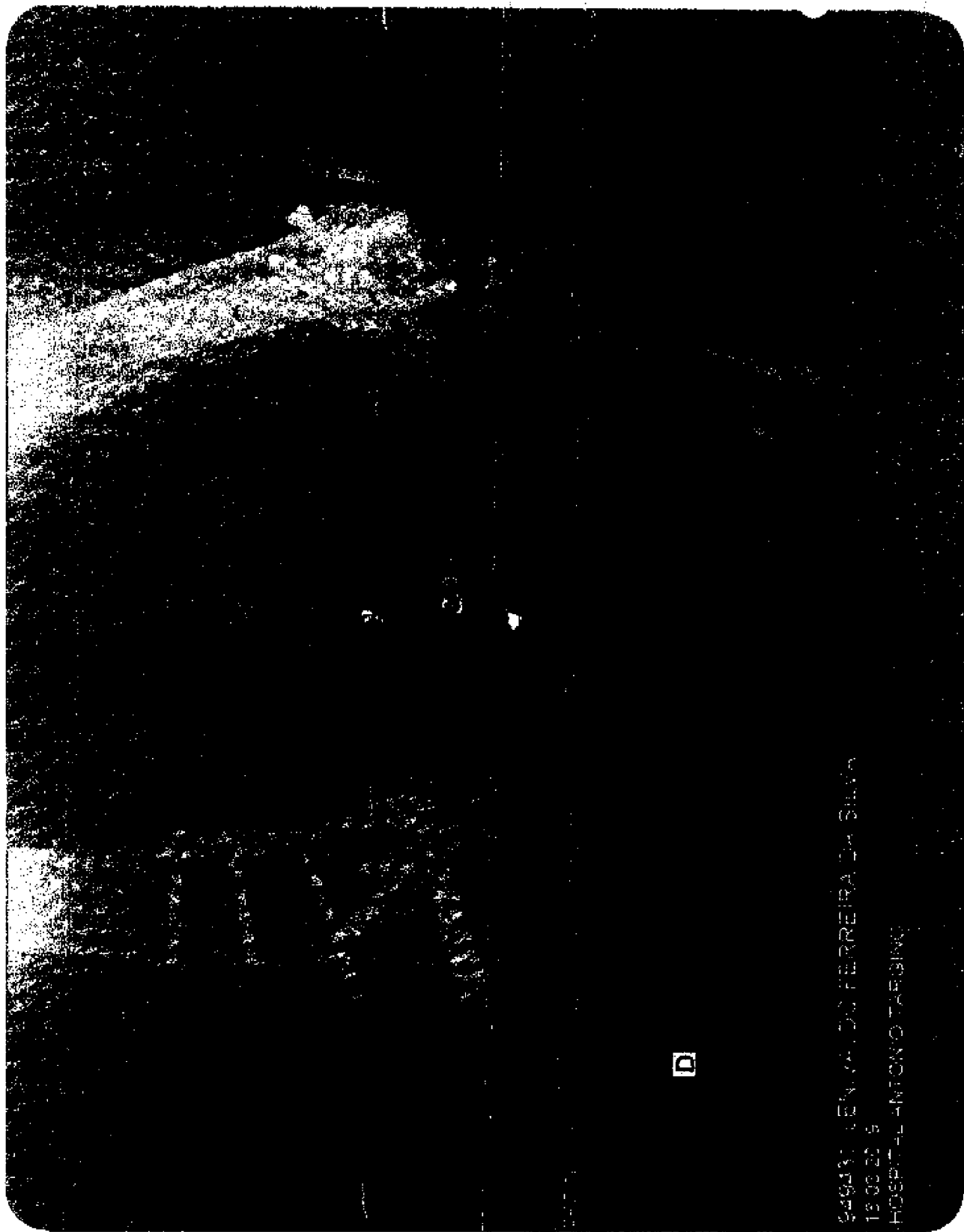
paciente internado em Políclínica  
cardíaca, monitorado pelo R.T.  
em controle de sinais vitais  
e com dor de cabeça

Antônio Borges da Silva  
Enfermeiro  
COREN RJ 12443

União da Vitória Paraná  
12443

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONFIRMADO  
29 JUN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa 715 Lapa 5  
Gratias - Recife PE CEP: 50111-000





949437 GEN. GILDO FERREIRA DA SILVA  
19.08.2019  
JOSEPH-ANTONIO TARDINO





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



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1482964488

NOME

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6855949 SDB PE

CPF

047.754.194-12

DATA NASCIMENTO

08/04/1982

FILIAÇÃO

EDIVALDO FERREIRA DA S  
ILVA

MARIA DAS GRACAS VIEIR  
A DE ESPINDOLA

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB

AD

Nº REGISTRO

03696601110

VALIDADE

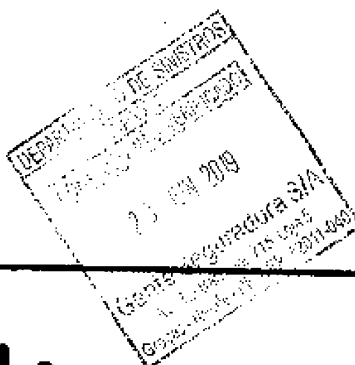
15/07/2022

1ª HABILITAÇÃO

29/09/2005

OBSERVAÇÕES

KAR



*Lenivaldo Ferreira da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

DATA EMISSÃO

01/08/2017

*Charles Andrews Sousa Ribeiro*

ASSINATURA DO EMISSOR

81101410686  
PE080224113

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1482964488





**VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1482964488**



**PROIBIDO PLASTIFICAR**

1482964488

**-NOME**

**LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**

• DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6855949 8D8 PX

**CPF**

047,754,194-12

DATA MANAGEMENT

08/04/1982

### FILIAÇÃO

EDIVALDO FERREIRA DA S  
ILVA

MARIA DAS GRACAS VIEIRA  
A DE ESPINDOLA

**-PERMISSÃO**

**-ACC**

-CAT HAE

42

**N° REGISTRO**

03696601110

### -VALIDADE

15/07/2022

## 1ª HABITACÃO

**29/09/2005**

**OBSERVAÇÕES****EAR**

Lamirado Ferreira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

**► LOCAL**

**SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE**

- DATA EMISSÃO

01/08/2017

**Charles Andrews Sousa Ribeiro**  
**Diretor Presidente**

ASSINATURA DO EMISSOR

81101410686

PE080224113

## PERNAMBUCO





Endereço: Rua da Liberdade, 100 - 1º andar - Centro - Recife - PE 50000-000  
Telefone: (0800) 11 99999999  
Site: www.celpe.com.br

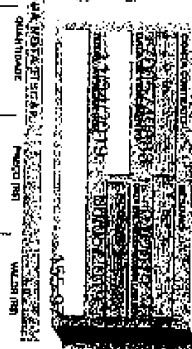
DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO DO BEM  
DESCRIÇÃO DO BEM  
DESCRIÇÃO DO BEM



DESCRIÇÃO DO BEM  
DESCRIÇÃO DO BEM  
DESCRIÇÃO DO BEM

DESCRIÇÃO DO BEM  
DESCRIÇÃO DO BEM  
DESCRIÇÃO DO BEM

| TIPO DA ANTECESSÃO | DATA       | LETURA | DATA       | LETURA | DATA       | LETURA | DATA       | LETURA |
|--------------------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| 1                  | 01/01/2015 | 1000   | 01/01/2015 | 1000   | 01/01/2015 | 1000   | 01/01/2015 | 1000   |

| TIPO DA ANTECESSÃO | DATA       | LETURA | DATA       | LETURA | DATA       | LETURA | DATA       | LETURA |
|--------------------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| 1                  | 01/01/2015 | 1000   | 01/01/2015 | 1000   | 01/01/2015 | 1000   | 01/01/2015 | 1000   |

| TIPO DA ANTECESSÃO | DATA       | LETURA | DATA       | LETURA | DATA       | LETURA | DATA       | LETURA |
|--------------------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| 1                  | 01/01/2015 | 1000   | 01/01/2015 | 1000   | 01/01/2015 | 1000   | 01/01/2015 | 1000   |

DESCRIÇÃO DO BEM  
DESCRIÇÃO DO BEM  
DESCRIÇÃO DO BEM

PROIBIDA PLÁSTICA  
1219484604

Formulário de identificação com campos para nome, data de nascimento, e assinatura.

VALIDA POR TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1219484604

Formulário de identificação com campos para nome, data de nascimento, e assinatura.

28 JUN 2015  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 100 - 1º andar  
Gratuito - Recife - PE 50000-000



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA LEONARDO FERREIRA DA SILVADATA DO ACIDENTE 16/02/19 CPF DA VITIMA 04775419412PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE FERRA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE (FOLHA DO PARANTE)

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR BLVD. JOAO BATISTANº 370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO LEONARDOCIDADE SILVEIUM UF PE CEP 55500000E-MAIL eduardo@grupodotransito.com.br TELEFONE (81) 98550454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IM, (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IM - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IM (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E REATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUA DEFINITIVA)
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CEN DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRTAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O REATÓRIO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES QUITADAS
- ☒ RECIBOS DE FARMÁCIA ACQUIRIDAS DAS DESPESAS MÉDICAS (ORIGINALS E LEGÍVELS)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CEN DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSGRUPODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSGRUPODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## FORNADORE DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

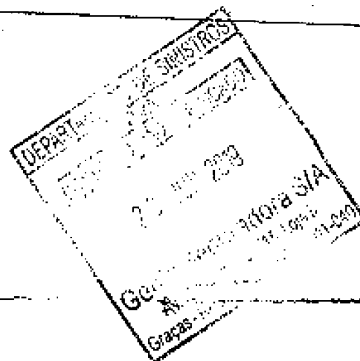
IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

| DADOS GERAIS DA NOTAS FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      | NF-e<br>Nº: 30071<br>Série: 3                                                                                                      |                               |                                                |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------------------|------------------|--------------------------------|---------|--------|-------|-------------------|-----------|--------------|-----|---------|--------|-----------|------|-----------|------|------|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUARU</b><br>RUA VISCONDE DE INHAUMA, 1030 - MAURÍCIO DE NASSAU<br>CARUARU - PE Cep:55014410 Fone: (81)2103-0800                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | <b>DANFE</b><br>Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA<br>Nº: 30071<br>Série: 3<br>Folha: 1 de 1 |                               |                                                |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <br>2613 0602 8187 4300 0522 5500 3000 0300 7110 0030 0712<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | 126130024835791 - 01/06/2013 10:31:41                                                                                              |                               |                                                |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDAS MERC. ADQ E/OU REC. TERC. SUJ. SUBST. TRIB.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                                                                                                                    |                               |                                                |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL: 034686710                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRANSPORTADO: 02.819.743/0005-22                                                                      |                               |                                                |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DESTINATÁRIO REMETENTE</b><br>RUA MARIA FERRAZ DE BRITO, 18<br>TAQUARITINGA DO NORTE<br>FONE: 819733-011<br>Fatura Nº: 05103 1 15/08/2013 12:00:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                                                                                                                    |                               |                                                |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INSCRIÇÃO SOCIAL: 084.685.964-50<br>DATA DE EMISSÃO: 01/06/2013<br>DATA DE ENVIO/RECEBIDA: 01/06/2013                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      | CEP: 55790000<br>HORA DE EMISSÃO: 12:00:00                                                                                         |                               |                                                |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b><br><table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 0,00</td> <td>VALOR DO ICMS: 0,00</td> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST: 0,00</td> <td>VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00</td> <td>VALOR TOTAL DOS PAGAMENTOS-SERVIÇOS: 12.000,00</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO ICMS: 0,00</td> <td>VALOR DO ICMS: 0,00</td> <td>OUTROS PAGAMENTOS-SERVIÇOS: 0,00</td> <td>VALOR ICMS: 0,00</td> <td>VALOR TOTAL DA NOTA: 12.000,00</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                                                                                                                                    | BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 0,00 | VALOR DO ICMS: 0,00                            | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST: 0,00 | VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00 | VALOR TOTAL DOS PAGAMENTOS-SERVIÇOS: 12.000,00 | VALOR DO ICMS: 0,00 | VALOR DO ICMS: 0,00 | OUTROS PAGAMENTOS-SERVIÇOS: 0,00 | VALOR ICMS: 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA: 12.000,00 |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | VALOR DO ICMS: 0,00  | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST: 0,00                                                                                                | VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00 | VALOR TOTAL DOS PAGAMENTOS-SERVIÇOS: 12.000,00 |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VALOR DO ICMS: 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | VALOR DO ICMS: 0,00  | OUTROS PAGAMENTOS-SERVIÇOS: 0,00                                                                                                   | VALOR ICMS: 0,00              | VALOR TOTAL DA NOTA: 12.000,00                 |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>TRANSPORTADOR: VOLUMES TRANSPORTADOS</b><br><table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>TRANSPORTADOR: 1 - Sem Frete</td> <td>QUANTO ANTI: 0,00</td> <td>PLACA DO VEÍCULO: 0,00</td> <td>UF: 0,00</td> <td>OPERAÇÃO: 0,00</td> </tr> <tr> <td>QUANTIDADE: 1</td> <td>ESPÉCIE: 1</td> <td>BRANCO: 0,00</td> <td>INSCRIÇÃO: 0,00</td> <td>INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0,00</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                                                                                                    | TRANSPORTADOR: 1 - Sem Frete  | QUANTO ANTI: 0,00                              | PLACA DO VEÍCULO: 0,00              | UF: 0,00                      | OPERAÇÃO: 0,00                                 | QUANTIDADE: 1       | ESPÉCIE: 1          | BRANCO: 0,00                     | INSCRIÇÃO: 0,00  | INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0,00       |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TRANSPORTADOR: 1 - Sem Frete                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | QUANTO ANTI: 0,00    | PLACA DO VEÍCULO: 0,00                                                                                                             | UF: 0,00                      | OPERAÇÃO: 0,00                                 |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QUANTIDADE: 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ESPÉCIE: 1           | BRANCO: 0,00                                                                                                                       | INSCRIÇÃO: 0,00               | INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0,00                       |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS</b><br><table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>QTD PRODUTO</th> <th>DESCRIÇÃO DO PRODUTO</th> <th>NCM SH</th> <th>ST</th> <th>CFOP/UN</th> <th>Qtda</th> <th>Vlr Unit</th> <th>Desc</th> <th>Vlr Total</th> <th>Q. Icms</th> <th>V. Icms</th> <th>Pctcms</th> <th>ST/PT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>902ME0831CR308376</td> <td>CRF 230 F</td> <td>IPC 87112220</td> <td>100</td> <td>5405 UN</td> <td>1.0000</td> <td>12.000,00</td> <td>0,00</td> <td>12.000,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="13">           MOTO CICLETA NOVA HONDA CAP PASS 2 NODELO CRF 230 F ESPEC. PAS. COR. VERMELHA REVAM: 000003 CGMB GASOLINA FABRIC 2013 AND-MOD: 2013<br/>           CHASSI: 3C2ME0831CR308376 N°FORIGEM J958328 DE 13/5/2013 MOTO: M205E-D308376 POTENCIA: 223 CC IMP: RET POR SUBST TRIBUT CF CONV ICMS 52/83 125/95<br/>           E4974 525 LEI 1487/91 PIS/COFINS COBRADO FORMA MPN 1 811-06-00 FABRICACAO NACIONAL<br/>           SEM ALIENACAO FIDUCIARIA<br/>           SEM RESERVA DE DOMINIO         </td> </tr> </tbody> </table> |                      |                                                                                                                                    | QTD PRODUTO                   | DESCRIÇÃO DO PRODUTO                           | NCM SH                              | ST                            | CFOP/UN                                        | Qtda                | Vlr Unit            | Desc                             | Vlr Total        | Q. Icms                        | V. Icms | Pctcms | ST/PT | 902ME0831CR308376 | CRF 230 F | IPC 87112220 | 100 | 5405 UN | 1.0000 | 12.000,00 | 0,00 | 12.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | MOTO CICLETA NOVA HONDA CAP PASS 2 NODELO CRF 230 F ESPEC. PAS. COR. VERMELHA REVAM: 000003 CGMB GASOLINA FABRIC 2013 AND-MOD: 2013<br>CHASSI: 3C2ME0831CR308376 N°FORIGEM J958328 DE 13/5/2013 MOTO: M205E-D308376 POTENCIA: 223 CC IMP: RET POR SUBST TRIBUT CF CONV ICMS 52/83 125/95<br>E4974 525 LEI 1487/91 PIS/COFINS COBRADO FORMA MPN 1 811-06-00 FABRICACAO NACIONAL<br>SEM ALIENACAO FIDUCIARIA<br>SEM RESERVA DE DOMINIO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| QTD PRODUTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM SH                                                                                                                             | ST                            | CFOP/UN                                        | Qtda                                | Vlr Unit                      | Desc                                           | Vlr Total           | Q. Icms             | V. Icms                          | Pctcms           | ST/PT                          |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 902ME0831CR308376                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CRF 230 F            | IPC 87112220                                                                                                                       | 100                           | 5405 UN                                        | 1.0000                              | 12.000,00                     | 0,00                                           | 12.000,00           | 0,00                | 0,00                             | 0,00             | 0,00                           |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MOTO CICLETA NOVA HONDA CAP PASS 2 NODELO CRF 230 F ESPEC. PAS. COR. VERMELHA REVAM: 000003 CGMB GASOLINA FABRIC 2013 AND-MOD: 2013<br>CHASSI: 3C2ME0831CR308376 N°FORIGEM J958328 DE 13/5/2013 MOTO: M205E-D308376 POTENCIA: 223 CC IMP: RET POR SUBST TRIBUT CF CONV ICMS 52/83 125/95<br>E4974 525 LEI 1487/91 PIS/COFINS COBRADO FORMA MPN 1 811-06-00 FABRICACAO NACIONAL<br>SEM ALIENACAO FIDUCIARIA<br>SEM RESERVA DE DOMINIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                                                                                                    |                               |                                                |                                     |                               |                                                |                     |                     |                                  |                  |                                |         |        |       |                   |           |              |     |         |        |           |      |           |      |      |      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b><br>INSCRIÇÃO SOCIAL: 084.685.964-50<br>VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 12.000,00<br>BASE DE CÁLCULO DO ISSQN: 12.000,00<br>VALOR DO ISSQN: 0,00                                                                                                                                  |  |
| <b>DADOS ADICIONAIS</b><br>MDS: Forma de Pagamento: A Prazo - Duplicata Carteira R\$12.000,00 7 Dias - RG 9149183 - TPC-Tnk<br>RG 8149188-SDSPE - VENDEDOR: PV Taquaritinga - Magda - OPLR COM SUBST 143 CF CONV 523 129/97 ART.33 DO 1893/07 PB<br>PIS/COFINS COBRADO NA FORMA DA MPN 1 811-06-00 |  |
| RESERVADO AO FISCO                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190403230

Cidade: Taquaritinga do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do acidente: 16/02/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 13,18 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento  
faltante:

Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos  
complementares:

Observações:

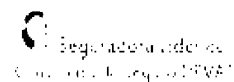
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS            | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                     |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219097/19  
**Vítima:** LENIVALDO FERREIRA DA SILVA  
**CPF:** 047.754.194-12  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
**Data do acidente:** 16/02/2019  
**Titular do CPF:** LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

#### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

#### LENIVALDO FERREIRA DA SILVA : 047.754.194-12

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

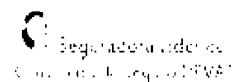
Data do cadastramento: 28/06/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219097/19

Número do Sinistro: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 047.754.194-12

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/08/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

