



Número: **0019892-57.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLAUDIO VANDERSON DE MENESES (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66130 646	11/08/2020 14:39	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200035695 **Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES**

Data do Acidente: 02/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15410861

Pag. 00711/00712 - carta_01 - INVALIDEZ



00030356



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/08/2020 14:39:12
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081114391219800000064883471>
Número do documento: 20081114391219800000064883471

Num. 66130646 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200035695 **Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES**

Data do Acidente: 02/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Informamos que o pagamento da indenização do 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 dos ombros

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: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002551

Conta: 0000015669-1

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

070.533.344-22 Claudio Vandersson de Menezes

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Claudio Vandersson de Menezes 070.533.344-22

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Relacionar-se Rua José Vieira de Barros 303

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Taitama

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55125-000

15 - E-mail:

(83) 9.9258-3087

16 - Tel (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2551

CONTA: 35669

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
- Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filhotes)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data: Taitama 22/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Claudio Vandersson de Menezes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Testemunha (se houver)

45 - Assinatura do Protocolo (se houver)

46 - Assinatura do Ofício (se houver)

47 - Assinatura do Ofício (se houver)

48 - Assinatura do Ofício (se houver)

49 - Assinatura do Ofício (se houver)

50 - Assinatura do Ofício (se houver)

51 - Assinatura do Ofício (se houver)

52 - Assinatura do Ofício (se houver)

53 - Assinatura do Ofício (se houver)

54 - Assinatura do Ofício (se houver)

55 - Assinatura do Ofício (se houver)

56 - Assinatura do Ofício (se houver)

57 - Assinatura do Ofício (se houver)

58 - Assinatura do Ofício (se houver)

59 - Assinatura do Ofício (se houver)

60 - Assinatura do Ofício (se houver)

61 - Assinatura do Ofício (se houver)

62 - Assinatura do Ofício (se houver)

63 - Assinatura do Ofício (se houver)

64 - Assinatura do Ofício (se houver)

65 - Assinatura do Ofício (se houver)

66 - Assinatura do Ofício (se houver)

67 - Assinatura do Ofício (se houver)

68 - Assinatura do Ofício (se houver)

69 - Assinatura do Ofício (se houver)

70 - Assinatura do Ofício (se houver)

71 - Assinatura do Ofício (se houver)

72 - Assinatura do Ofício (se houver)

73 - Assinatura do Ofício (se houver)

74 - Assinatura do Ofício (se houver)

75 - Assinatura do Ofício (se houver)

76 - Assinatura do Ofício (se houver)

77 - Assinatura do Ofício (se houver)

78 - Assinatura do Ofício (se houver)

79 - Assinatura do Ofício (se houver)

80 - Assinatura do Ofício (se houver)

81 - Assinatura do Ofício (se houver)

82 - Assinatura do Ofício (se houver)

83 - Assinatura do Ofício (se houver)

84 - Assinatura do Ofício (se houver)

85 - Assinatura do Ofício (se houver)

86 - Assinatura do Ofício (se houver)

87 - Assinatura do Ofício (se houver)

88 - Assinatura do Ofício (se houver)

89 - Assinatura do Ofício (se houver)

90 - Assinatura do Ofício (se houver)

91 - Assinatura do Ofício (se houver)

92 - Assinatura do Ofício (se houver)

93 - Assinatura do Ofício (se houver)

94 - Assinatura do Ofício (se houver)

95 - Assinatura do Ofício (se houver)

96 - Assinatura do Ofício (se houver)

97 - Assinatura do Ofício (se houver)

98 - Assinatura do Ofício (se houver)

99 - Assinatura do Ofício (se houver)

100 - Assinatura do Ofício (se houver)

101 - Assinatura do Ofício (se houver)

102 - Assinatura do Ofício (se houver)

103 - Assinatura do Ofício (se houver)

104 - Assinatura do Ofício (se houver)

105 - Assinatura do Ofício (se houver)

106 - Assinatura do Ofício (se houver)

107 - Assinatura do Ofício (se houver)

108 - Assinatura do Ofício (se houver)

109 - Assinatura do Ofício (se houver)

110 - Assinatura do Ofício (se houver)

111 - Assinatura do Ofício (se houver)

112 - Assinatura do Ofício (se houver)

113 - Assinatura do Ofício (se houver)

114 - Assinatura do Ofício (se houver)

115 - Assinatura do Ofício (se houver)

116 - Assinatura do Ofício (se houver)

117 - Assinatura do Ofício (se houver)

118 - Assinatura do Ofício (se houver)

119 - Assinatura do Ofício (se houver)

120 - Assinatura do Ofício (se houver)

121 - Assinatura do Ofício (se houver)

122 - Assinatura do Ofício (se houver)

123 - Assinatura do Ofício (se houver)

124 - Assinatura do Ofício (se houver)

125 - Assinatura do Ofício (se houver)

126 - Assinatura do Ofício (se houver)

127 - Assinatura do Ofício (se houver)

128 - Assinatura do Ofício (se houver)

129 - Assinatura do Ofício (se houver)

130 - Assinatura do Ofício (se houver)

131 - Assinatura do Ofício (se houver)

132 - Assinatura do Ofício (se houver)

133 - Assinatura do Ofício (se houver)

134 - Assinatura do Ofício (se houver)

135 - Assinatura do Ofício (se houver)

136 - Assinatura do Ofício (se houver)

137 - Assinatura do Ofício (se houver)

138 - Assinatura do Ofício (se houver)

139 - Assinatura do Ofício (se houver)

140 - Assinatura do Ofício (se houver)

141 - Assinatura do Ofício (se houver)

142 - Assinatura do Ofício (se houver)

143 - Assinatura do Ofício (se houver)

144 - Assinatura do Ofício (se houver)

145 - Assinatura do Ofício (se houver)

146 - Assinatura do Ofício (se houver)

147 - Assinatura do Ofício (se houver)

148 - Assinatura do Ofício (se houver)

149 - Assinatura do Ofício (se houver)

150 - Assinatura do Ofício (se houver)

151 - Assinatura do Ofício (se houver)

152 - Assinatura do Ofício (se houver)

153 - Assinatura do Ofício (se houver)

154 - Assinatura do Ofício (se houver)

155 - Assinatura do Ofício (se houver)

156 - Assinatura do Ofício (se houver)

157 - Assinatura do Ofício (se houver)

158 - Assinatura do Ofício (se houver)

159 - Assinatura do Ofício (se houver)

160 - Assinatura do Ofício (se houver)

161 - Assinatura do Ofício (se houver)

162 - Assinatura do Ofício (se houver)

163 - Assinatura do Ofício (se houver)

164 - Assinatura do Ofício (se houver)

165 - Assinatura do Ofício (se houver)

166 - Assinatura do Ofício (se houver)

167 - Assinatura do Ofício (se houver)

168 - Assinatura do Ofício (se houver)

169 - Assinatura do Ofício (se houver)

170 - Assinatura do Ofício (se houver)

171 - Assinatura do Ofício (se houver)

172 - Assinatura do Ofício (se houver)

173 - Assinatura do Ofício (se houver)

174 - Assinatura do Ofício (se houver)

175 - Assinatura do Ofício (se houver)

176 - Assinatura do Ofício (se houver)

177 - Assinatura do Ofício (se houver)

178 - Assinatura do Ofício (se houver)

179 - Assinatura do Ofício (se houver)

180 - Assinatura do Ofício (se houver)

181 - Assinatura do Ofício (se houver)

182 - Assinatura do Ofício (se houver)

183 - Assinatura do Ofício (se houver)

184 - Assinatura do Ofício (se houver)

185 - Assinatura do Ofício (se houver)

186 - Assinatura do Ofício (se houver)

187 - Assinatura do Ofício (se houver)

188 - Assinatura do Ofício (se houver)

189 - Assinatura do Ofício (se houver)

190 - Assinatura do Ofício (se houver)

191 - Assinatura do Ofício (se houver)

192 - Assinatura do Ofício (se houver)

193 - Assinatura do Ofício (se houver)

194 - Assinatura do Ofício (se houver)

195 - Assinatura do Ofício (se houver)

196 - Assinatura do Ofício (se houver)

197 - Assinatura do Ofício (se houver)

198 - Assinatura do Ofício (se houver)

199 - Assinatura do Ofício (se houver)

200 - Assinatura do Ofício (se houver)

201 - Assinatura do Ofício (se houver)

202 - Assinatura do Ofício (se houver)

203 - Assinatura do Ofício (se houver)

204 - Assinatura do Ofício (se houver)

205 - Assinatura do Ofício (se houver)

206 - Assinatura do Ofício (se houver)

207 - Assinatura do Ofício (se houver)

208 - Assinatura do Ofício (se houver)

209 - Assinatura do Ofício (se houver)

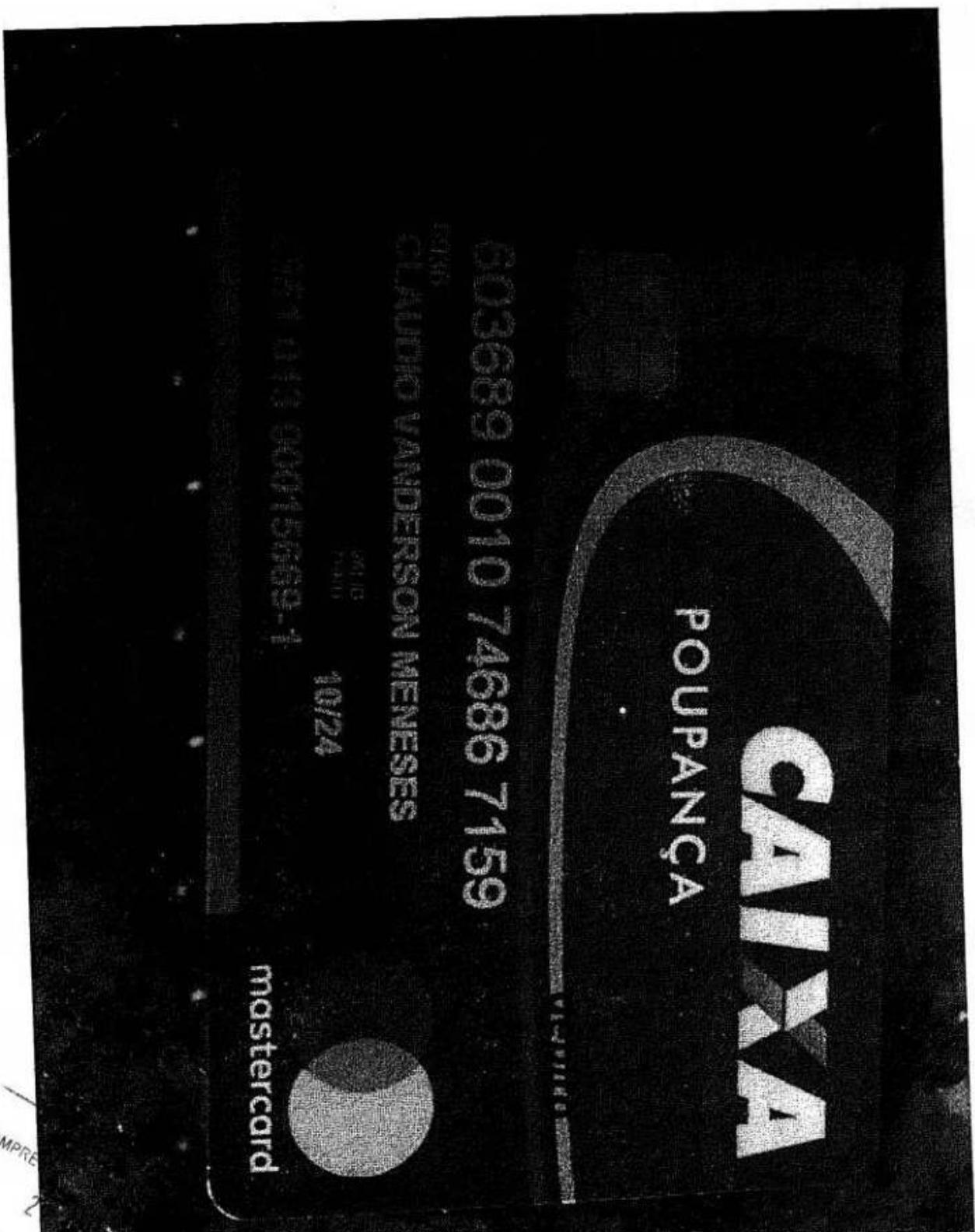
210 - Assinatura do Ofício (se houver)

211 - Assinatura do Ofício (se houver)

212 - Assinatura do Ofício (se houver)

213 - Assinatura do Ofício (se houver)

214 - Assinatura do Ofício (se houver)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/08/2020 14:39:12
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081114391219800000064883471>
Número do documento: 20081114391219800000064883471

Num. 66130646 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA - DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0219001698

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/10/2019** às 09:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/6/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA VICINAL DO SITIO TABOCAS, ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDIO VANDERSON DE MENESSES (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) CLAUDIO VANDERSON DE MENESSES

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

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

CLAUDIO VANDERSON DE MENESSES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANTONIA LUCIA SILVA DE MENESSES** Pai: **EDVALDO JOSÉ DE MENESSES** Data de Nascimento: **31/7/1986** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7474142/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**
Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:
- 81992499649

Endereço Residencial: **RUA JOSE VIEIRA DE BARROS, 103 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO VANDERSON DE MENESSES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDIO VANDERSON DE MENESSES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110I** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH6455** (PERNAMBUCO/TORITAMA)

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO POP 110I, NA ESTRADA VICINAL DO SITIO TABOCAS, ZONA RURAL DE CARUARU, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO DO ALUDIDO VEÍCULO E VEIO A CAIR. AFIRMA O QUEIXOSO QUE FICOU GRAVEMENTE FERIDO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA DESTA CIDADE DE TORITAMA, EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO



31/10/2019

Boletim de Ocorrência

PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CARUARU. DO HRA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE CADADE DE BEZERROS ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRURGICA, EM VIRTUDE DE TER FRATURA A CLAVICULA.

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

Paulo Vandersom de Mello
CLAUDIO VANDERSON DE MENESES
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE MELENO DA SILVA - Matrícula: 381.035-6



file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xml/BOEPreview.html

2/2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/08/2020 14:39:12
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081114391219800000064883471>
Número do documento: 20081114391219800000064883471

Num. 66130646 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

070.533.344-22 Claudio Vandersson de Menezes

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

Relacionar-se Rua José Vieira de Barros 303
Centro Toritama PE 55125-000
(88)9.3258-3087

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS CADASTRAIS

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA: 2551

CONTA: 35669

Nome do BANCO: _____

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

30 - Vítima deixou nascituro (filhotes)?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

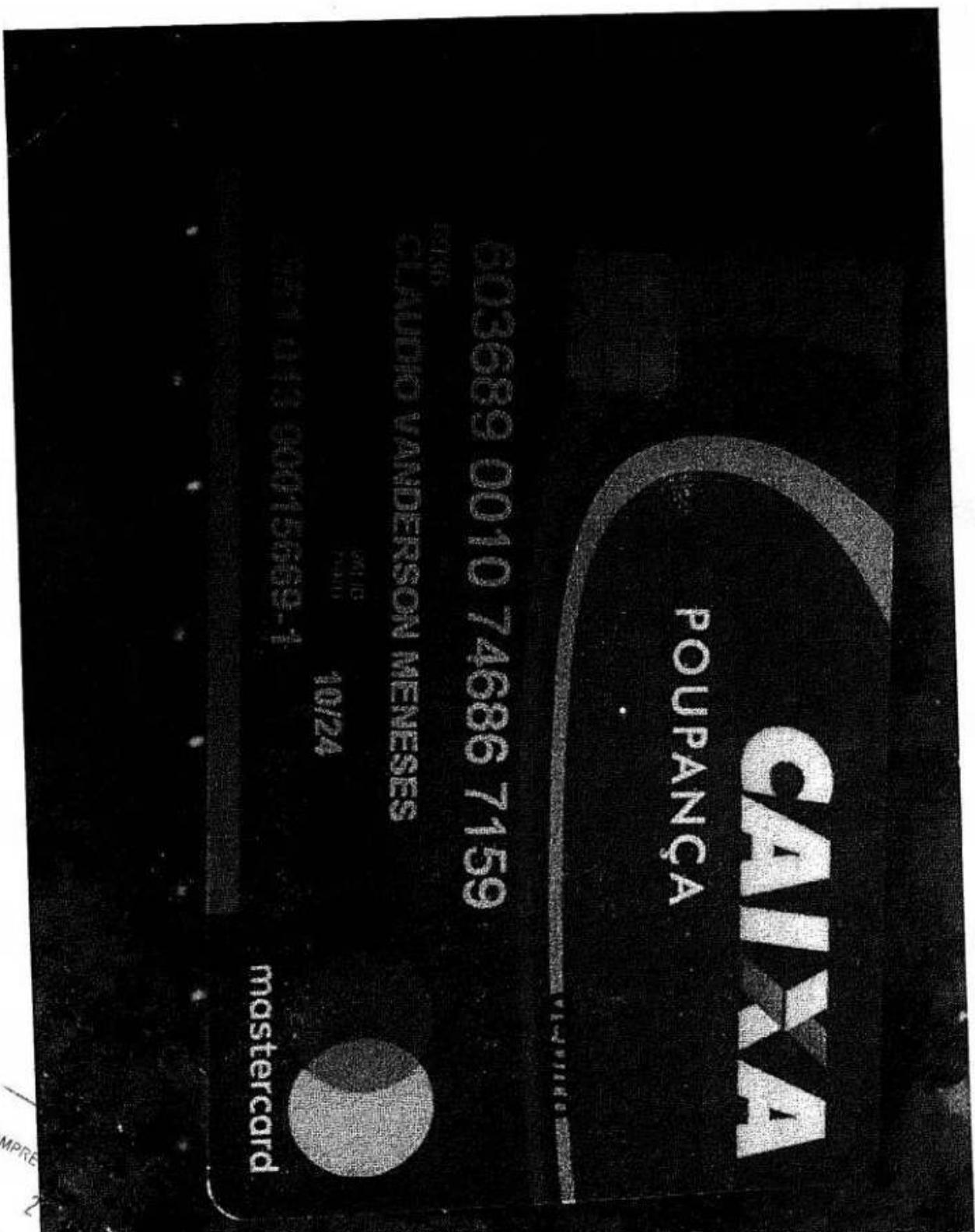
40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/08/2020 14:39:12
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081114391219800000064883471>
Número do documento: 20081114391219800000064883471

Num. 66130646 - Pág. 8

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIO VANDERSON DE MENESSES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000015669-1

Nr. da Autenticação 038F4E8C55B16BD3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/08/2020 14:39:12
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081114391219800000064883471>
Número do documento: 20081114391219800000064883471

Num. 66130646 - Pág. 9



22 JAN 2020
PROTOCOLLO
REGISTRAZIONE





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Elaine Kelly Pereira de Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 070.783.114-185 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Claudio Vandersson de Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.533.344-22
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Claudio Vandersson de Menezes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.533.344-22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Jose Silvino de Barros</u>	Número:	<u>103</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Toritama</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:				CEP: <u>55125-000</u> Tel (DDD): <u>9258-3087</u>

Local e Data: Toritama 22/11/19

Elaine Kelly Pereira de Lima
Assinatura do Declarante

DLDR1000 0001/2017





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



PREFEITURA DE
TORITAMA
Trabalhando para todos

Toritama, 18 de Julho de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 126/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: CLAUDIO VANDERSON DE MENEZES

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **CLAUDIO VANDERSON DE MENEZES** deu entrada nesta unidade como consta no prontuário sob o registro nº 42332-1 no dia 02/06/2019. Foi atendido e em seguida sendo liberado.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde
Mateus Emanoel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco • Telefone: 3741- 1192• E-mail – admhospitalitoritama@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/08/2020 14:39:12
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081114391219800000064883471>
Número do documento: 20081114391219800000064883471

Num. 66130646 - Pág. 13



Unidade:	2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA	Data e Hora da Chegada:
Paciente:	16585-1 CLAUDIO VANDERSON DE MENEZES	Nascimento: 31/07/1986
Sexo:	Masculino	Idade: 32 ano(s), 11 mês(es) e 18 dia(s)
Município:	TORITAMA	UF: PE
Logradouro:	JOSE VIEIRA DE BARROS, 103	Localidade: CENTRO
Profissão:		Telefone: (81) 92499649 / 0
CNS Pac.:		Celular: ()
Nome Mae:	ANTONIA LUCIA SILVA DE MENEZES	
Ass. Paciente ou Resp.:		
Nome Responsável, Quando menor:		Polegar
Grau Parentesco:		Nº Registro: 42332-1

DADOS DA TRIAGEM		
Data	Hora	Descrição
02/06/2019	14:46	AGENDA INTEGRADA 130 / 80; Observação: Dor em Ombro E após queda de moto.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM / OBSERVAÇÃO			
Data	Hora	Rotação	Descrição

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA			
CID / CIAP 2	Código	Hipótese	Profissional
CID	R520	DOR AGUDA	214-1-JOSE BARBOSA DA SILVA JUNIOR - CRM-PE 23277
PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 30 MIN COM DOR EM OMBRO E. CD RX DE OMBRO E.			
CID	2000	EXAME MÉDICO GERAL	210-1-RAYANA CRUZ CORREIA DE LIMA - CRM - 25878
QUEDA DE MOTO			
DOR EM OMBRO DIREITO			

RX LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR / LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO IMPORTANTE AO ORTOPEDISTA			
BEG, ORIENTADO HRÁ: 5697353			

PROCEDIMENTOS			
Código	Procedimento	Profissional	Data
030106006	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	02/06/2019
030110001	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	02/06/2019
030110001	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA POR PACIENTE		

MEDICAMENTOS			
Código	Medicamento	Concentração	Posologia

EXAMES			
Código	Exame	Observação	

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES			
Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução	Responsável/Prescrição
02/06/2019	15:15	DICLOFENAC SODICO 75 MG/30 ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRA-MUSCULAR (Uso Externo)	JOSE BARBOSA DA SILVA JUNIOR - CRM-PE 23277
02/06/2019	15:15	DEXAMETASONA 4MG/ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRA-MUSCULAR (Uso Externo)	JOSE BARBOSA DA SILVA JUNIOR - CRM-PE 23277

		Profissional Responsável
		Página 1 de 1

Quinta-feira 18 de Julho de 2019 10:54 AM



VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **MARCOS ROBERTO DA SILVA**, que estivera em posse do(a) **MARCOS ROBERTO DA SILVA**, Ciclomotor/Shinera/NAO INFORMADO Objeto apreendido: NAO Categ/objeto/Marca/Modelo: Ciclomotor/Shinera/NAO INFORMADO

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

Endereço: Residencial Rua Eronildes M. dos Santos - Centro - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRAZIL

- 87996191287

MACCICELDE MARIA DE SOUZA (presente) QUINTA DO SESC
SOUZA Data de Nascimento: 23/6/1976 Naturalidade: PERNAMBUCO / MUNICÍPIO: MUMBUCO / BRASIL Documentos:
59182001SSP/PE (RG): 02586174461 (CPF) Profissão: SERVIDORA DE LIMPEZA Telefones Celulares:

PETROBRAS/PERNAMBUCO/BRASIL

0288897466 (CPF) Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: _____
-87999131234 -
Nome: _____

MARCOS ROBERTO DA SILVA (presente ao plenário) - Sexo: Masculino Mae: MARIA JOSE DA SILVA Data:

17. *Leucosia* *leucostoma* *Leucosia*

FINALIDADE: Analgesia e ganho de arco de movimento. **VEÍCULO:** (usado na geraçãoo) DA SILVA

DIAGNÓSTICO: Ata de Oláhira Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

Faixa ocorrência no endereço: AVENIDA AUSPÍCIO VALGUEIRO, S/N - Centro - Rio das Ostras - RJ - CEP: 26.500-000 - Fone: (22) 2650-1111 - Telefax: (22) 2650-1112

4/10/2019 07:00

Ocorrência registrada nessa unidade policial dia 04/12/2019 às 15:18
Bezerros, 19/12/2019, 10:30, 80, 19.

BOLÉTIMO DE OCORRÊNCIA N.º 19602/6001433

SOCIEDADES DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÕES
SECRETARIA CIVIL DE DEFESA SOCIAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE PERNAMBUCO
LICIA DA 186, CIRCONSCRITAO - PETROLANDIA - DP186-CIRN
DINTER/222/DES/EC

<http://www.observatorio.org.mx> | [Boletín de Observación](http://www.observatorio.org.mx/boletin-de-observacion)





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE
ENCAMINHAMENTO

PREFEITURA DE
TORITAMA
Trabalhando para todos

Té de expedição e posse suave
Condutor: Nelson

2º VIA - AO PACIENTE

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

NOME DO PACIENTE: Cláudio Vandersson REGISTRO: 123456789

IDADE: _____ RESIDENTE: _____
PARA O HOSPITAL: HFA - Arap. SENHA: 5b97 353

ESCLARECE SE O MESMO E PORTADO DE:

preds de 1-06
deu em obra (E)

Rx c/ curat clônio
chavulat possivelmente
+ pt de cura língua & impente
de novinha
Solicita
estimativa
esta pedir

02-06-19

DE ACORDO COM O MÉDICO

DATA

TORITAMA

ASSINATURA DO MÉDICO:

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

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

Av. João Manoel da Silva • Centro - Toritama - Pernambuco • Telefone: 3741-1192 • E-mail - admhospitalitoritama@gmail.com





NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(Recup no dia 20/06)

ALTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO: 08/08/19 (Retornar fio K)

3 REVISÃO

4 REVISÃO

08/08/19

Obs:

Dr. Felicio Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1451
CRM-PF 21025





NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(Reop no dia 20/06)

ALTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1451
CRM-PF 21025



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/08/2020 14:39:12
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081114391219800000064883471>
Número do documento: 20081114391219800000064883471

Num. 66130646 - Pág. 18



NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(Reop no dia 20/06)

ALTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO: 08/08/19 (Retornar fio K)

3 REVISÃO

4 REVISÃO

08/08/19

Obs:

Dr. Fábio Couto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1451
CRM-PE 21025



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/08/2020 14:39:12
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081114391219800000064883471>
Número do documento: 20081114391219800000064883471

Num. 66130646 - Pág. 19



NOME: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

REGISTRO: 125704

DATA DA CIRURGIA: 13/06/2019

ALTA: 14/06

(Reap no dia 20/06)

ALTA: 23/06

DIAGNÓSTICO: LAC

TRATAMENTO: FIO K

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 11/07 ÀS 7HS

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

Dr. Fábio Quedos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1451
CRM-PE 21025





NOME: Chedio Candelor de Menezes

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: luxo aberto da clavícula CID-10: S42, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 13/06/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 11/07/19

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
com-PE 7451 CRM-PE 2025





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NAME: Clavino VARGAS - 32 AÑOS

09/07/10

09/07/10

(D)

Dr. Lázaro Luís SOUZA
es. em Radiologia
CRM-PE 099918

09/07/10

Dr. Lázaro Luís SOUZA
Médico
CRM-PE 25228
EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Toritama

doença de Raynaud

100 mg de Diltiazem

manter-se aquecido

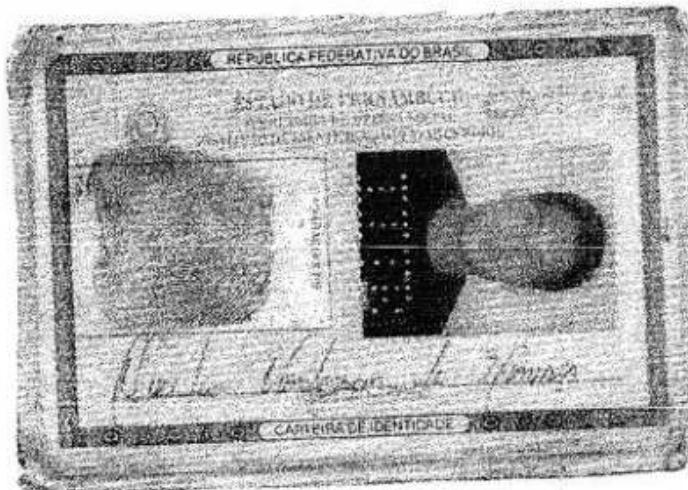
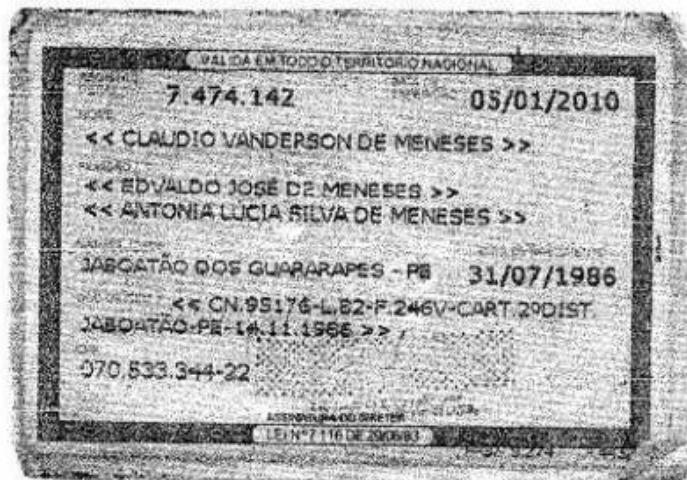
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AV. DORNAL JOSÉ PEREIRA, 541 | PARQUE DAS PEDRAS | TORTA/PI-PE | 55.123-000
CNPJ: 11.373.548/0001-88
GabineteTutoriaMais@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/08/2020 14:39:12
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008111439121980000064883471>
Número do documento: 2008111439121980000064883471

Num. 66130646 - Pág. 22







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA		SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PE Nº 015103173410 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA	COD. RENAVAM	ENT.º	EXERCÍCIO
1	1171201548	*****	2019
CLAUDIO VANDERSON DE MENESES			
TORITAMA - PE 0			
CPF / CNPJ	PLACA		
070.533.344-22	PCH6455		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
***** / PE	SC2JB01000JR078776		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PÁZ / MOTOCICLETA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / POP 110I	2018	2018	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P / 109CL	PARTIC	PRETA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	1º VENCO / COTAS	
IPIVA 2019 QUITADO		*****	
FAIXA IPIVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****	
A 1		3º *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	14/10/19
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA			
Roberto Carlos Menezes Fontelles		DATA	
TORITAMA		15/10/19	
Roberto Carlos Menezes Fontelles			
GERENTE PESS.			

CLAUDIO VANDERSON DE MENESES			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
0	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2019	15/10/19		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	070.533.344-22	PCH6455	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
1171201548	HONDA / POP 110I		
ANO FAB.	DATA EXP.	Nº CHASSI	
2018	09	9C2JB01000JR078776	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FINS (R\$)	DETAN(R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
36.05	4.01	40.06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
4.15	0.32	84.58	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	14/10/19	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 00.246.608/0001-04			
DETENDE E GUARDE O BILHETE DPVAT ESTE NÃO É DE PERTÉ OBRIGATÓRIO			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035695 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035695 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 02 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Claudio Vandersson de Menezes

portador(a) do documento de identidade nº 7.474.142, expedido por SDS, em
05/01/2010 inscrito no CPF sob o nº 070.533.344-92, residente na
Rua José Vieira de Barros, nº 103,
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Toritama, Estado PE

2. Outorgado Eline Kelly Pereira de Bessa

portador(a) do documento de identidade nº 7268798, expedido por SDS, em
26/03/2003 inscrito no CPF sob o nº 070.783.114-85, residente na
Rua José Vieira de Barros, nº 103,
complemento Casa, Bairro Centro, cidade
Toritama, Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão
dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do
FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.



Outorgante



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030211/20

Vítima: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

CPF: 070.533.344-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: CLAUDIO VANDERSON DE MENESES

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES : 070.783.114-85

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

CLAUDIO VANDERSON DE MENESES : 070.533.344-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES
CPF: 070.783.114-85

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ELINE KELLY PEREIRA DE LIMA MENESES

JONATAN BARBOSA DE BARROS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/08/2020 14:39:12
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081114391219800000064883471>
Número do documento: 20081114391219800000064883471

Num. 66130646 - Pág. 30