



Número: **0000017-20.2020.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Flores**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.700,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALDECI IZIDORO DA SILVA (AUTOR)		JOSE AUGUSTO DE MACEDO MAIA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67636713	08/09/2020 17:33	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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDECI IZIDORO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML 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. 00389/00390 - carta_03 - INVALIDEZ

00060195



Carta nº 13709961





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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALDECI IZIDORO 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 13710252

Pag. 01189/01190 - carta_01 - INVALIDEZ

00020595





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, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALDECI IZIDORO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

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. 01607/01608 - carta_03 - INVALIDEZ

00040804



Carta nº 14100207





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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALDECI IZIDORO DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00257/00258 - carta_04 - INVALIDEZ

00080129



Carta nº 14234052





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

617.567.334-49

Nome completo da vítima

ALDECI IZIDORO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ALDECI IZIDORO DA SILVA	CPF titular da conta	617.567.334-49	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	FAZENDA SACO DO ROMÃO	Número	490	Complemento	FAZENDA
Bairro	ZONA RURAL	Cidade	FLORES	Estado	PE
CEP	56850-000	Telefone (DDD)	81	Telefone	3831.6718
Email	macedomaia1@yahoo.com.br				

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

1060

(Informar dígito se existir)

D/V

X

CONTA

Nº

11155

(Informar dígito se existir)

D/V

4

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FLORES/PE, 03 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

x Aldeci Izidoro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPDF.001 V001/2017

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES - DP179ªCIRC
DINTÉR2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0269000574**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2017** às **11:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/12/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, PE337, PROXIMO AO ANTIGO MATADOURO** - Bairro: **CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Tipo do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR/AGENTE)
ALDECI IZIDORO DA SILVA (VITIMA)


Akson Leite
Agente
Mat 221.100-9

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ALDECI IZIDORO DA SILVA**

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

ALDECI IZIDORO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CARMELITA MARIA DA SILVA IZIDORO** Pai: **JOSE IZIDORO SOBRINHO** Data de Nascimento: **25/12/1967** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FLORES, 1, SITIO SACO DO ROMAO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALDECI IZIDORO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALDECI IZIDORO DA SILVA**
Descrição Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Identidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEQ5157** (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: **338794360** Chassi: **9C2KC1650BR536661**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**



NA DATA DE HOJE O SR ALDECI VEM A ESTA DEPOL INFORMAR QUE TRAFEGAVA COM A SUA MOTOCICLETA, SUPRACITADA, NA PE337, PROXIMO AO MATADOURO ANTIGO QUANDO, NA CURVA, PERDEU O CONTROLE E CAIU. FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE FLORES POR POPULARES. SEM MAIS, ENCERRO ESTE TERMO.

Al decisorio da Silva

 Akson Leite
Agente
Mat. 221.100-9



19/12/2017 10:54



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/09/2020 17:33:04
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090817330421100000066343361>
Número do documento: 20090817330421100000066343361

Num. 67636713 - Pág. 8



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3180583110 CPF da vítima: 617.567.334-49 Nome completo da vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: ALDECI IZIDORO DA SILVA CPF: 617.567.334-49
Profissão: RECUSA-SE Endereço: FZ. SACO DO ROMÃO Número: 490 Complemento:
Bairro: FLORES-RURAL Cidade: FLORES Estado: PE CEP: 56850-000
E-mail: Tel.(DDD):

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (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)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1060 X CONTA: 1155 4 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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

Local e Data, Recife-PE, 21/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
21 MAR 2019
PROTOCOLADO
AGÊNCIA RECIFE

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

FPS.001 V001/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES
Fundo Municipal de Saúde
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

49 anos

Data e Hora: 03-10-2017 14:48	Nº. Ocorrência
Nome: Aldeci Izidoro da Silva	Data Nascimento: 25-12-67
Profissão: Agricultor	Sexo: M
Fone.: 998484638	SUS: 700404955911146
End.: Sítio Saco de Romão	
Responsável: O mesmo	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☒ Acidente de Trabalho ☐	
Agressão ☐ Consulta ☐	

Pressão Arterial: 120 X 90. HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

QUEDA DE moto há ± 7 horas,
destrutivo; vômito; dor em região lombar
e mmjj.

Tratamento:

- 1) DIPLONA 100 mg + ADI EV
- 2) DEXAMETASONA 4mg + ADI EV
- 3) VOLTAEM 100 mg + ADI EV
- 4) Solicito radiografias de tornozelo direito e joelho.

Impressão Diagnóstica:

Acidente motociclistico

Destino do Paciente

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Ismael Quintano
Médico
CRM-PE 21466





celpe
neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.230.932/0001-06 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DON DO CLIENTE
ALDECI IZIDORO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
FZ SACO DO ROMÃO 490

CPF: 617.567.334-44
CLASSIFICAÇÃO
B3 RURAL
AGROPECUARIA RURAL
Monofásico

FLORES - RURAL FLORES RURAL
FLORES PE
58850-000

CONTA CONTINUA MÊS: 10/2017
DATA DE EMISSÃO: 21/11/2017
TOTAL: 47,83

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	89,0000000	0,49101927
Acrescimo Bandeira AMARELA		0,86
Acrescimo Bandeira VERMELHA		2,87
ICMS Substituição - CDS-NF 002418866-21/08/17		0,34
Multa por atraso - NF 002386156 - 20/09/17		0,83
Juros por atraso - NF 002386156 - 20/09/17		0,37
Atualização IGPM - NF 002386156 - 20/09/17		0,12
Compensação DMC 08/17		-1,16

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							47,83
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
LT4708	CAT	20/09/2017	17.344,02	20/10/2017	17.431,06	31	86,02

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Medição em kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
OUT 17 88		ICMS		Consumo Ativo (kWh)	0,3962500
SET 17 83		PIS	47,43 25,00		
AGO 17 87		COFINS	47,43 1,17		
JUL 17 79			47,43 5,25		
JUN 17 88					
MAY 17 91					
ABR 17 86					
MAR 17 92					
FEB 17 97					
JAN 17 97					
DEZ 16 104					
NOV 16 100					
OUT 16					

Na data de emissão da fatura, o valor de 1 kWh é de R\$ 0,54. Este valor é composto por: R\$ 0,49 (valor de energia) + R\$ 0,05 (valor de encargos).
O valor de 1 kWh é de R\$ 0,54. Este valor é composto por: R\$ 0,49 (valor de energia) + R\$ 0,05 (valor de encargos).
O valor de 1 kWh é de R\$ 0,54. Este valor é composto por: R\$ 0,49 (valor de energia) + R\$ 0,05 (valor de encargos).

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS		NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR APRESENTADO	LIMITE NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DIÁRIO	10,63	10,71	207
SEMANAL	1,06	7,57	202
TRIMESTRAL	10,63	5,78	231

COMPREV

12 DEZ 2018

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE





PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES
Fundo Municipal de Saúde
Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

49 anos

Data e Hora: 03-10-2017 14:48		Nº. Ocorrência	
Nome: Aldeci Izidoro da Silva		Data Nascimento: 25-12-67	
Profissão: Agricultor	Sexo: M	Doc. Ident.:	
Fone.: 998484638	SUS: 700404955911146		
End.: Sítio Saco de Romão			
Responsável: O mesmo			
Tipo de Atendimento:		Acidente de Trânsito ☒	
		Acidente de Trabalho ☐	
		Agressão ☐	
		Consulta ☐	

Pressão Arterial: 120 X 90. HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

QUEDA DE moto há ± 7 horas,
desmaiado(-); vômito(-); dor em região anca
e mmjj.

Tratamento:

- 1) DIPLONA 100 mg + ADI EV
2) DEXAMETASONA 4mg + ADI EV
3) VOLTAEM 100 mg + ADI EV
4) Solicito radiografias de tornozelo direito
e joelho.

Impressão Diagnóstica:

Acidente motociclistico

Destino do Paciente

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Ismael Quintano
Médico
CRM-PE 21466





PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde

Unidade Mista Genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

69 anos

Data e Hora: 03-10-2017 14:48	Nº. Ocorrência
Nome: Aldeci Izidoro da Silva	Data Nascimento: 25-12-67
Profissão: Assessor	Sexo: M
Fone.: 998484638	SUS: 400404955911146
End.: Sítio Saco do Romão	
Responsável: O mesmo	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☒ Acidente de Trabalho ☐	
Agressão ☐ Consulta ☐	

Pressão Arterial: 120 X 90. HGT: Pulso: Temp.: Peso:

Histórico e Exame Físico:

Queda de moto há 7 horas,
deitado; vômito; dor em região mui-
e mui.

Tratamento:

- (1) DILATAÇÃO DE AMPLO + ADI EV
- (2) DEXAMETASONA (4mg) 101 ampola + ADI EV
- (3) VOLTARENE 101 ampola 1 em.
- (4) SOLICITO RADIOGRAFIA DE TORNZELO DIREITO E JOELHO.

COMPREV
COMPRESSÃO VIDA PREVENÇÃO SIA

23 ABR 2019

Impressão Diagnóstica:

ACIDENTE MOTOCICLISTA

PROTOCOLO
PREVENÇÃO RECIFE

Destino do Paciente

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Ismael Quintino
MÉDICO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE HABITAÇÃO

1421710520

ALDECI IZIDORO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4090029 SSP PE

CPF 617.567.334-49 DATA NASCIMENTO 25/12/1967

FILIAÇÃO
JOSE IZIDORO SOBRINHO

CARMELITA MARIA DA SILVA IZIDORO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB

Nº REGISTRO 04056819570 VALIDADE 29/03/2022 1ª HABILITAÇÃO 13/03/2007

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL SERRA TALHADA - PE DATA EMISSÃO 30/03/2017

ASSINATURA DO EMISSOR 44454892165 88078483573

PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013153770726
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 338794360 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2017

NOME
ALDECI IZIDORO DA SILVA

FLORES-PE

CPF / CNPJ
617.567.334-49

PLACA
PEQ5157

PLACA ANT / UF
***** / PE

CHASSI
9C2KC1650BR536661

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
I P V A IPVA 2017 QUITADO

VENC. / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

FLORES

LOCAL
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA
19/02/17

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013153770726 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ALDECI IZIDORO DA SILVA

56850-000

CS FLORES-PE

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

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
19/02/17

VIA 1

CPF / CNPJ
617.567.334-49

PLACA
PEQ5157

RENAVAM
338794360

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.
2011

CAT. TARE.
09

Nº CHASSI
9C2KC1650BR536661

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180583110

Cidade: Flores

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

Data do acidente: 03/10/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO MEMBROS INFERIORES E MEMBROS SUPERIORES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447944/18

Número do Sinistro: 3180583110

Vítima: ALDECI IZIDORO DA SILVA

CPF: 617.567.334-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: ALDECI IZIDORO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/04/2019
Nome: ALDECI IZIDORO DA SILVA
CPF: 617.567.334-49

ALDECI IZIDORO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

