



03/09/2020

Número: **0000013-80.2020.8.17.2610**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **08/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FERREIRA DE SANTANA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67474664	03/09/2020 16:45	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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587444

Vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Data do Acidente: 13/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SANTANA

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 14977626

Pag. 01441/01442 - carta_01 - INVALIDEZ





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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587444

Vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Data do Acidente: 13/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SANTANA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01361/01362 - carta_02 - INVALIDEZ

00290681



Carta nº 14999421





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, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587444

Vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Data do Acidente: 13/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SANTANA

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 punhos
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: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001060-X

Conta: 0000020641-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

530.579.614-87

JOSE FERREIRA DE SANTANA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:

JOSE FERREIRA DE SANTANA

6 - CPF:

530.579.614-87

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

AV. ARMANDO MARQUES

9 - Número:

220

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÍTIO DOS NUNES

12 - Cidade:

FLORES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.850-000

15 - E-mail:

TOINHODEMELIA@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

87-9935-5533

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☐ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Fiodesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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



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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no CIV)



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 herdeiros?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

FLORES - PE 09/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190587444
Nome do(a) Examinado(a): Jose Ferreira de Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Agamenon Magalhaes, 220
Sitio dos Nunes Flores PE CEP: 56850-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7955828
Data local do acidente: [13/03/2018]
Data local do exame: [30/10/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
Complicações: DIFICULDADE DE APREENSÃO
DIFICULDADE DE PRONOSUPINAÇÃO
Data da Alta: 06/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DISCRETO DE APREENSÃO E PRONO-SUPINAÇÃO, APRESENTA PERDA DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Denilson A. Silva
CRM: 15.132
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0269000356

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/08/2018 às
13:05

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 13/3/2018 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, RODOVIA PE 227 -
Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
PRÓXIMO AO ANTIGO MATADOURO DE SÍTIO DOS NUNES
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
**NÃO HOUVE (AUTOR AGENTE)
EDNAEL MONTEIRO (OUTRO)
JOSE FERREIRA DE SANTANA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE FERREIRA DE SANTANA**



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

**JOSE FERREIRA DE SANTANA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GENTRUDES FERREIRA DE SANTANA Pai: MANOEL VICENTE DE SANTANA Data de
Nascimento: 26/5/1967 Nacionalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7969823/SDS/PE (RG), 63867861487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º.
GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO RIACHO DAS LETRAS - CEP:
55060-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO HOUVE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**EDNAEL MONTEIRO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDNAEL MONTEIRO, que
estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FERREIRA DE SANTANA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO**



Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLD0060 (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: 937128854 Chassi:
9C2K08S103R021572
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2008 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. JOSÉ FERREIRA DE SANTANA,
NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA TRAFEGAVA CONDUZINDO A
MOTOCICLETA AQUI RELACIONADA PELA RODOVIA PE 137, VINDO DO SÍTIO
RIACHO DAS LETRAS COM DESTINO AO DISTRITO DE SÍTIO DOS NUNES, QUANDO
NAS PROXIMIDADES DO ANTIGO MATADOURO DAQUELE DISTRITO PERDEU O
CONTROLE DO VEÍCULO, SAIU DO ASFALTO E CAIU, COM O ACIDENTE O
CONDUTOR TEVE FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO E OUTROS FERIMENTOS,
SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE FLORES E POSTERIORMENTE AO HOSPAM DE
SERRA TALHADA.

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

JOSÉ FERREIRA DE SANTANA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAIRO JOSÉ DE LIMA - MAT. 326.525-1 - Matrícula:
326525-1





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0269000492

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/10/2019 às
18:32

Complementa o BO Número: 18E0269000356

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 13/3/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE-337, BAIRRO: ZONA RURAL,
PRÓXIMO AO ANTIGO MATADOURO DE SÍTIO DOS NUNES -
FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE FLORES, 001 -
Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
EDNAEL MONTEIRO (OUTRO)
JOSE FERREIRA DE SANTANA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE FERREIRA DE SANTANA

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

JOSE FERREIRA DE SANTANA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GENTRUDES FERREIRA DE SANTANA Pai: MANOEL VICENTE DE SANTANA Data do
Nascimento: 26/01/1967 Naturalidade: FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7858228/SDS/PE (RG). 53887961427 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º,
GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FLORES, 1, SÍTIO RIACHO DAS LETRAS - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EDNAEL MONTEIRO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FLORES, 001, DISTRITO DE FÁTIMA - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDNAEL MONTEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FERREIRA DE SANTANA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLD6856** (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: **937125554** Chassi: **9C2KCG8198R921872**
 Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. JOSÉ FERREIRA DE SANTANA, NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA AQUI RELACIONADA PELA RODOVIA PE 337, VINDO DO SÍTIO RIACHO DAS LETRAS COM DESTINO AO DISTRITO DE SÍTIO DOS NUNES, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO ANTIGO MATADOURO DAQUELE DISTRITO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, SAIU DO ASFALTO E CAIU. COM O ACIDENTE O CONDUTOR TEVE FRATURA NO BRAÇO ESQUERDO E OUTROS FERIMENTOS, SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE FLORES E POSTERIORMENTE AO HOSPITAL DE SERRA TALHADA. *** EM TEMPO, A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE ESTÁ INCORRETA A TIPIFICAÇÃO DO FATO OCORRIDO COMO "ATROPELAMENTO COM VÍTIMA FATAL". CONFORME RELATADO PELA VÍTIMA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, SE FAZ NECESSÁRIA A ALTERAÇÃO PARA "ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL". BASEADO NO DOCUMENTO DO VEÍCULO, FORAM INSERIDOS OS DADOS DE ENDEREÇO DO PROPRIETÁRIO "EDNAEL MONTEIRO", SEM COMO COR DO VEÍCULO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO. ***

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

Jose Ferreira de Santana
JOSE FERREIRA DE SANTANA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROGERIO RENATO DA SILVA** - Matrícula: **221552-8**





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 ASI:

3 - CPF da vítima:

530.579.614-87

4 - Nome completo da vítima:

JOSE FERREIRA DE SANTANA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:

JOSE FERREIRA DE SANTANA

6 - CPF:

530.579.614-87

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

AV. ARMANDO MARANHÃES

9 - Número:

220

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

SÍTIO DOS NUNES

12 - Cidade:

FLORES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.850-000

15 - E-mail:

TOINHODEMELIA@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

87-9935-5533

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Fiodesco (237)☐ Itaú (343)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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



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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no CIV)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

21/02/2019

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/bastante?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

FLORES-PE 09/10/2019

41 - Assinatura do representante legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019

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:	04/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERREIRA DE SANTANA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01060-X

CONTA: 000000020641-5

Nr. da Autenticação 2897BBF639A29366





Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pela Lei 16.438, de 29/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife - PE, CEP 50050-903
CPF 15.635.822/0001-09 | Insc. Est. 150943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANOEL SANTANA 16 D

CPF: 901.700.914-49 NIS: 30318407463

CENTRO FLORES
FLORES PE
56250-000

CLASSIFICAÇÃO

E1 RESIDENCIAL
BANDEIRA COMUM

UF	SECTOR	SENA	PROTEÇÃO
PE	1500	0000	0000
DT	01	00	00
DT	01	00	00
DT	01	00	00

CONSUMO	PERÍODO
4005938882	07/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
31/07/2019	23/08/2019
VALOR A PAGAR (R\$)	
248,40	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo: até 30 kWh	30,0000000	9,3645076	2,81
Consumo Ativo: superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,4484892	31,28
Consumo Ativo: superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,8897499	106,77
Consumo Ativo: superior a 220 kWh	88,0000000	0,7441854	65,47
Adicional Saneamento AMARELA			48,34
Contribuição Pública Municipal			1,42
CMU Subvenção: CDE-AP 062344177 2405/19			3,55
CMU Subvenção: Flavia Rende			3,78
Multa por atraso - IP 15/09/19 - 22/06/19			0,58
Multa por atraso - IP 15/09/19 - 22/06/19			0,58
Atualização CPMF 06/08/19 - 22/06/19			4,34
Compensação CMC 05/19			-2,31
Bonus ITAPU - art 21 da LA 10.439/2002			

TOTAL DA FATURA

248,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
PERÍODO	TIPO DE PUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
06/2019	LAT	10/06/19	40.026,00	06/2019	41.457,30	30	1.0000		219,20

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		DEMONSTRATIVO DE PREÇOS		DEMONSTRATIVO DE VALORES	
PERÍODO	TIPO DE PUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
06/2019	LAT	10/06/19	40.026,00	06/2019	41.457,30
07/2019	LAT	08/07/19	41.457,30	07/2019	42.898,60
08/2019	LAT	05/08/19	42.898,60	08/2019	44.339,90
09/2019	LAT	02/09/19	44.339,90	09/2019	45.781,20
10/2019	LAT	30/09/19	45.781,20	10/2019	47.222,50
11/2019	LAT	28/10/19	47.222,50	11/2019	48.663,80
12/2019	LAT	26/11/19	48.663,80	12/2019	50.105,10
01/2020	LAT	24/12/19	50.105,10	01/2020	51.546,40
02/2020	LAT	21/01/20	51.546,40	02/2020	52.987,70
03/2020	LAT	19/02/20	52.987,70	03/2020	54.429,00
04/2020	LAT	17/03/20	54.429,00	04/2020	55.870,30
05/2020	LAT	15/04/20	55.870,30	05/2020	57.311,60
06/2020	LAT	13/05/20	57.311,60	06/2020	58.752,90
07/2020	LAT	11/06/20	58.752,90	07/2020	60.194,20
08/2020	LAT	09/07/20	60.194,20	08/2020	61.635,50
09/2020	LAT	07/08/20	61.635,50	09/2020	63.076,80
10/2020	LAT	05/09/20	63.076,80	10/2020	64.518,10
11/2020	LAT	03/10/20	64.518,10	11/2020	65.959,40
12/2020	LAT	01/11/20	65.959,40	12/2020	67.400,70
01/2021	LAT	30/11/20	67.400,70	01/2021	68.842,00
02/2021	LAT	28/12/20	68.842,00	02/2021	70.283,30
03/2021	LAT	26/01/21	70.283,30	03/2021	71.724,60
04/2021	LAT	24/02/21	71.724,60	04/2021	73.165,90
05/2021	LAT	22/03/21	73.165,90	05/2021	74.607,20
06/2021	LAT	20/04/21	74.607,20	06/2021	76.048,50
07/2021	LAT	18/05/21	76.048,50	07/2021	77.489,80
08/2021	LAT	16/06/21	77.489,80	08/2021	78.931,10
09/2021	LAT	14/07/21	78.931,10	09/2021	80.372,40
10/2021	LAT	12/08/21	80.372,40	10/2021	81.813,70
11/2021	LAT	10/09/21	81.813,70	11/2021	83.255,00
12/2021	LAT	08/10/21	83.255,00	12/2021	84.696,30
01/2022	LAT	06/11/21	84.696,30	01/2022	86.137,60
02/2022	LAT	04/12/21	86.137,60	02/2022	87.578,90
03/2022	LAT	02/01/22	87.578,90	03/2022	89.020,20
04/2022	LAT	31/01/22	89.020,20	04/2022	90.461,50
05/2022	LAT	29/02/22	90.461,50	05/2022	91.902,80
06/2022	LAT	27/03/22	91.902,80	06/2022	93.344,10
07/2022	LAT	25/04/22	93.344,10	07/2022	94.785,40
08/2022	LAT	23/05/22	94.785,40	08/2022	96.226,70
09/2022	LAT	21/06/22	96.226,70	09/2022	97.668,00
10/2022	LAT	19/07/22	97.668,00	10/2022	99.109,30
11/2022	LAT	17/08/22	99.109,30	11/2022	100.550,60
12/2022	LAT	15/09/22	100.550,60	12/2022	101.991,90
01/2023	LAT	13/10/22	101.991,90	01/2023	103.433,20
02/2023	LAT	11/11/22	103.433,20	02/2023	104.874,50
03/2023	LAT	09/12/22	104.874,50	03/2023	106.315,80
04/2023	LAT	07/01/23	106.315,80	04/2023	107.757,10
05/2023	LAT	05/02/23	107.757,10	05/2023	109.198,40
06/2023	LAT	03/03/23	109.198,40	06/2023	110.639,70
07/2023	LAT	01/04/23	110.639,70	07/2023	112.081,00
08/2023	LAT	30/04/23	112.081,00	08/2023	113.522,30
09/2023	LAT	28/05/23	113.522,30	09/2023	114.963,60
10/2023	LAT	26/06/23	114.963,60	10/2023	116.404,90
11/2023	LAT	24/07/23	116.404,90	11/2023	117.846,20
12/2023	LAT	22/08/23	117.846,20	12/2023	119.287,50
01/2024	LAT	20/09/23	119.287,50	01/2024	120.728,80
02/2024	LAT	18/10/23	120.728,80	02/2024	122.170,10
03/2024	LAT	16/11/23	122.170,10	03/2024	123.611,40
04/2024	LAT	14/12/23	123.611,40	04/2024	125.052,70
05/2024	LAT	12/01/24	125.052,70	05/2024	126.494,00
06/2024	LAT	10/02/24	126.494,00	06/2024	127.935,30
07/2024	LAT	09/03/24	127.935,30	07/2024	129.376,60
08/2024	LAT	07/04/24	129.376,60	08/2024	130.817,90
09/2024	LAT	05/05/24	130.817,90	09/2024	132.259,20
10/2024	LAT	03/06/24	132.259,20	10/2024	133.700,50
11/2024	LAT	01/07/24	133.700,50	11/2024	135.141,80
12/2024	LAT	30/07/24	135.141,80	12/2024	136.583,10
01/2025	LAT	28/08/24	136.583,10	01/2025	138.024,40
02/2025	LAT	26/09/24	138.024,40	02/2025	139.465,70
03/2025	LAT	24/10/24	139.465,70	03/2025	140.907,00
04/2025	LAT	22/11/24	140.907,00	04/2025	142.348,30
05/2025	LAT	20/12/24	142.348,30	05/2025	143.789,60
06/2025	LAT	18/01/25	143.789,60	06/2025	145.230,90
07/2025	LAT	16/02/25	145.230,90	07/2025	146.672,20
08/2025	LAT	14/03/25	146.672,20	08/2025	148.113,50
09/2025	LAT	12/04/25	148.113,50	09/2025	149.554,80
10/2025	LAT	10/05/25	149.554,80	10/2025	150.996,10
11/2025	LAT	08/06/25	150.996,10	11/2025	152.437,40
12/2025	LAT	06/07/25	152.437,40	12/2025	153.878,70
01/2026	LAT	04/08/25	153.878,70	01/2026	155.320,00
02/2026	LAT	02/09/25	155.320,00	02/2026	156.761,30
03/2026	LAT	01/10/25	156.761,30	03/2026	158.202,60
04/2026	LAT	30/09/25	158.202,60	04/2026	159.643,90
05/2026	LAT	28/08/25	159.643,90	05/2026	161.085,20
06/2026	LAT	26/07/25	161.085,20	06/2026	162.526,50
07/2026	LAT	24/06/25	162.526,50	07/2026	163.967,80
08/2026	LAT	22/05/25	163.967,80	08/2026	165.409,10
09/2026	LAT	20/04/25	165.409,10	09/2026	166.850,40
10/2026	LAT	18/03/25	166.850,40	10/2026	168.291,70
11/2026	LAT	16/02/25	168.291,70	11/2026	169.733,00
12/2026	LAT	14/01/25	169.733,00	12/2026	171.174,30
01/2027	LAT	12/12/24	171.174,30	01/2027	172.615,60
02/2027	LAT	10/11/24	172.615,60	02/2027	174.056,90
03/2027	LAT	09/10/24	174.056,90	03/2027	175.498,20
04/2027	LAT	07/09/24	175.498,20	04/2027	176.939,50
05/2027	LAT	06/08/24	176.939,50	05/2027	178.380,80
06/2027	LAT	04/07/24	178.380,80	06/2027	179.822,10
07/2027	LAT	02/06/24	179.822,10	07/2027	181.263,40
08/2027	LAT	01/05/24	181.263,40	08/2027	182.704,70
09/2027	LAT	30/04/24	182.704,70	09/2027	184.146,00
10/2027	LAT	28/03/24	184.146,00	10/2027	185.587,30
11/2027	LAT	26/02/24	185.587,30	11/2027	187.028,60
12/2027	LAT	24/01/24	187.028,60	12/2027	188.469,90
01/2028	LAT	22/12/23	188.469,90	01/2028	189.911,20
02/2028	LAT	20/11/23	189.911,20	02/2028	191.352,50
03/2028	LAT	19/10/23	191.352,50	03/2028	192.793,80
04/2028	LAT	17/09/23	192.793,80	04/2028	194.235,10
05/2028	LAT	16/08/23	194.235,10	05/2028	195.676,40
06/2028	LAT	14/07/23	195.676,40	06/2028	197.117,70
07/2028	LAT	12/06/23	197.117,70	07/2028	198.559,00
08/2028	LAT	10/05/23	198.559,00	08/2028	200.000,30
09/2028	LAT	09/04/23	200.000,30	09/2028	201.441,60
10/2028	LAT	07/03/23	201.441,60	10/2028	202.882,90
11/2028	LAT	05/02/23	202.882,90	11/2028	204.324,20
12/2028	LAT	03/01/23	204.324,20	12/2028	205.765,50
01/2029	LAT	01/12/22	205.765,50	01/2029	207.206,80
02/2029	LAT	30/11/22	207.206,80	02/2029	208.648,10
03/2029	LAT	29/10/22	208.648,10	03/2029	210.089,40
04/2029	LAT	27/09/22	210.089,40	04/2029	211.530,70
05/2029	LAT	26/08/22	211.530,70	05/2029	212.972,00
06/2029	LAT	24/07/22	212.972,00	06/2029	214.413,30
07/2029	LAT	22/06/22	214.413,30	07/2029	215.854,60
08/2029	LAT	20/05/22	215.854,60	08/2029	217.295,90
09/2029	LAT	18/04/22	217.295,90	09/2029	218.737,20
10/2029	LAT	16/03/22	218.737,20	10/2029	220.178,50
11/2029	LAT	14/02/22	220.178,50	11/2029	221.619,80
12/2029	LAT	12/01/22	221.619,80	12/2029	223.061,10
01/2030	LAT	10/12/21	223.061,10	01/2030	224.502,40
02/2030	LAT	09/11/21	224.502,40	02/2030	225.943,70
03/2030	LAT	08/10/21	225.943,70	03/2030	227.385,00
04/2030	LAT	06/09/21	227.385,00	04/2030	228.826,30
05/2030	LAT	05/08/21	228.826,30	05/2030	230.267,60
06/2030	LAT	03/07/21	230.267,60	06/2030	231.708,90
07/2030	LAT	01/06/21	231.708,90	07/2030	233.150,20
08/20	LAT	30/05/21	233.150,20	08/2030	234.591,50
09/2030	LAT	28/04/21	234.591,50	09/2030	236.032,80
10/2030	LAT	26/03/21	236.032,80	10/2030	237.474,10
11/2030	LAT	24/02/21	237.474,10	11/2030	238.915,40
12/2030	LAT	22/01/21	238.915,40	12/2030	240.356,70
01/2031	LAT	20/12/20	240.356,70	01/2031	241.798,00
02/2031	LAT	18/11/20	241.798,00	02/2031	243.239,30
03/2031	LAT	16/10/20	243.239,30	03/2031	244.680,60
04/2031	LAT	14/09/20	244.680,60	04/2031	246.121,90
05/2031	LAT	12/08/20	246.121,90	05/2031	247.563,20
06/2031	LAT	10/07/20	247.563,20	06/2031	249.004,50
07/2031	LAT	08/06/20	249.004,50	07/2031	250.445,80
08/2031	LAT	06/05/20	250.445,80	08/2031	251.887,10
09/2031	LAT	04/04/20	251.887,10	09/2031	253.328,40
10/2031	LAT	02/03/20	253.328,40	10/2031	254.769,70
11/2031	LAT	30/02/20	254.769,70	11/2031	256.211,00
12/2031	LAT	28/01/20	256.211,00	12/2031	257.652,30
01/2032	LAT	26/12/19	257.652,30	01/2032	259.093,60
02/2032	LAT	24/11/19	259.093,60	02/2032	260.534,90
03/2032	LAT	22/10/19	260.534,90	03/2032	261.976,20
04/2032	LAT	20/09/19	261.976,20	04/2032	263.417,50
05/2032	LAT	18/08/19	263.417,50	05/2032	264.858,80
06/2032	LAT	16/07/19	264.858,80	06/2032	266.299,10
07/2032	LAT	14/06/19	266.299,10	07/2032	267.740,40
08/2032	LAT	12/05/19	267.740,40	08/2032	269.181,70
09/2032	LAT	10/04/19	269.181,70	09/2032	270.623,00
10/2032	LAT	08/03/19	270.623,00</		



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: 0800-1595 / 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 022 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.ASP?TIPO=1&CODIGO=25636>

A Circular SUSEP 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.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 458.545.084 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE FERREIRA DE SANTANA inscrito (a) no CPF sob o Nº 530.579.614 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEC da Vítima JOSE FERREIRA DE SANTANA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 530.579.614 / 87, 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. 289 do Código Penal.

Endereço: RUA: MANUEL SANTANA

Número: 56

Complemento: CASA

Bairro: CENTRO

Cidade: FLORES

Estado: PE

CEP: 56.850-000

E-mail: TOINHO.DERMELIA@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD): 81-9935-5533

Local e Data: FLORES-PE 09/10/2019

Antonio P. Filho

Assinatura do Declarante





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

50cm

Data e Hora: 13-03-18 às 12:40	Nº. Ocorrência
Nome: José Jerônimo de Santana	Data Nascimento: 28-05-63
Profissão: agricultor	Sexo: m
	Doc. Ident.: 7.955.828
	SUS: 304709743703931
End.: St. dos Nunes - Flores PE	
Responsável: Sra Maria Lima	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☒ Acidente de Trabalho ☐	
Agressão ☐ Consulta ☐	

Pressão Arterial: 140x100mmHg	HGT:	Pulso:	Temp.:	Peso:
Histórico e Exame Físico:				
VITIMA ACIDENTE MOTOCICLISTICO; NEKA TCE; NEKA VÔMITOS; APRESENTA ODR + DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, ESVAZIAÇÕES PELO CORPO + FERIMENTOS CONTUSOS EM MID.				

Tratamento:
① L. S. P. + ANL. + SUTURA + CURATIVO
② IMOBILIZAÇÃO DE MUSE
③ VOLTAREMOS O AMPOLAMENTO.
④ NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA + AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

Impressão Diagnóstica:
ACIDENTE MOTOCICLISTICO + FRATURA PUNHO (E) 2
Destino do Paciente
Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☒
Rec. do part. Hospital
Hosp. 5382569.
Óbito às
horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:
Dr. Ismael Quimino Médico CRM-PE 21488





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA				Nº: 102	
Data: 13-03-18	Hora: 14:08				
Nome: José Ferreira de Santana	Estado Civil: Solteiro				
Nascimento: 26-05-67	Sexo: masculino				
Escolaridade:	Profissão: agricultor				
Mãe: Gertrudes Ferreira de Santana	Responsável: o mesmo				
Endereço: Rua Agamenon Magalhães, 44					
Bairro: S. dos Naves	Município: Flores PE	Fone: (11) 97477-7097			
Cartão SUS: 4047057 4310 3931	RG/CPF: 4.955.828/187-18122-4401				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:	
História e Exame Físico:					
Trauma em ATE + hem D L-1					
Ox. Fracamente saturado em pulm D.					
Des + hiperatividade em pulm D.					
Tratamento:					
Rx de Antitoxico E AP. Par/ok					
Rx de Puro D AP. Par/ok					
Tb Axila - Puro D E					
Em curativos vas curf. + dinta					
+ Pulm					
Contus					
Hipótese Diagnóstica:			Carimbo e Assinatura:		
Fratura de Antebraço E			Dr. Eno K. de Carvalho		
Contusão Puro D.			Traumatologia		
			CRM 15028		
Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão	
Removido para o hospital:	A São Vinte				
Óbito às	hrs do dia				

Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital Francisco Anselmo Ltda.

3 - CNES
2 5 1 7 1 2 4
4 - CNES
2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

5 - Nº DO DOCUMENTO

0649558218

NOME ATEND.

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

40470571434039311

8 - DS PRENATAL

7 - SENNA / RESOLUÇÃO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

40292

9 - NOME DO PACIENTE

José Ferreira de Santana

10 - DATA DE NASCIMENTO

26/05/64

11 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Gertrudes Ferreira de Santana

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Av. Agamenon Regalhões, 220

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio de Janeiro

16 - COG. IBGE MUNICIPAL

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Tratamento ambulatorial em acompanhamento com o Dr. Carlos Lima S.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Re

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Int-4 - 7 - Auto 3000

22 - CID. 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento ambulatorial em acompanhamento

27 - COG. DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

39 - COG. DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)

42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

MOTIVO DA ALTA: melhora

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: eletiva

DATA DA INTERNAÇÃO: 28/03/20





PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo Municipal de Saúde
Praça Dr. Santana Filho, 01 - Centro
Fone/Fax: (87) 3857-1852
CEP: 56.850-000 - Flores - PE

RECEITUÁRIO

Josei Ferreira de Santana

Paciente, 52 anos, sofreu fratura de extremidade distal do rádio esquerdo (CID 552.5) e foi submetido a cirurgia ortopédica para correção em maio / 2018, deixando desde então com limitação dos movimentos de MSE e não ao mobilizar, dificultando para atividades laborais como agricultor.

CID: 552.5.

06 / 08 / 19
Data


Erika Cavalcanti
Médica
CRM-PE 28236
Médico - CRM





Dra. Andreia Diniz
ANESTESIOLOGIA -
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy
NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA -
CIRURGIA DO JOELHO - USG MUSCULOSQUELÉTICO

Dra. Martha Arruda
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA -
COLPOSCÓPIA - CITOLOGIA ONCOLÓGICA

Dr. Adelson Feitosa
MEDICINA ORTOMOLECULAR
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio
FONOAUDIÓLOGA - TESTE DA ORELHINHA - AUDIOMETRIA
CLÍNICA DE SAÚDE OCUPACIONAL

Dr. Antônio Melo
CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECDCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José
REUMATOLOGISTA

Dra. Danniely Duarte
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA -
USG GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA
MORFOLÓGICA PÉLVICA

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE JOSE FERREIRA DE SANTANA NECESSITA DE 60 (SESSENTA) DIAS DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE , A PARTIR DA PRESENTE DATA.

CID = S52.5

SERRA TALHADA 05-04-2018

~~Ebenone A. Silva~~
CRM: 15.122 TEC
Ortopedia/Traumatologia

-CE-

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com





Nº RG - 7.955.828 - SDS . PE
DATA EXPEDIÇÃO 10/01/2007





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 530.579.614-87

Nome: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Data de Nascimento: 26/05/1967

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:57:24 do dia 09/10/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 8FF2.F508.CB63.1DB1



09/10/2019 09:57

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587444

Cidade: Flores

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

Data do acidente: 13/03/2018

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DISCRETO DE APREENSÃO E PRONO-SUPINAÇÃO, APRESENTA PERDA DA MOBILIDADE DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE PRONOSUPINAÇÃO E APREENSÃO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE FERREIRA DE SANTANA brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: RECUSO portador(a) do RG 7.955.828, órgão expedidor SDS-PE
 e do CPF: 530.579.614-87, residente no(a) AV. AGAMENON MACHULHÃES
 nº 220, bairro: ST. JOANNES, município: FLORES - PE

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: RECUSO portador(a) do RG 2999873, órgão expedidor SSP-PE
 e do CPF: 452.545.084-34, residente no(a) RUA: MANOEL SANTANA
 nº 56, bairro: CENTRO, município: FLORES - PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JOSE FERREIRA DE SANTANA
 CPF: 530.579.614-87 data do acidente: 13/03/2018

Local e data: FLORES-PE 09/10/2019

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____ brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____ portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____ - _____

Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura de quem assina A ROGO: _____

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 TESTEMUNHAS
 2ª Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360646/19

Vítima: JOSE FERREIRA DE SANTANA

CPF: 530.579.614-87

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 13/03/2018

Titular do CPF: JOSE FERREIRA DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

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

JOSE FERREIRA DE SANTANA : 530.579.614-87

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: 16/10/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

ANTONIO PEREIRA FILHO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

