



Número: **0000056-03.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/02/2020**

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	
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67845850	11/09/2020 16:43	<a href="#">ANEXO 2</a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009769

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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. 00181/00182 - carta\_02 - INVALIDEZ

00080081



Carta nº 15394118





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

**Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200009769**

**Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**

**Data do Acidente: 06/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002739-1**

Conta: **0000022101-5**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 10022166483 4 - Nome completo da vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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

5 - Nome completo: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ 6 - CPF: 10022166483  
7 - Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS 8 - Endereço: SÍTIO PARA 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.830-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 87138461036

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)  
Nome do BANCO: Brasil  
AGÊNCIA: 27391 CONTA: 22101 5

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. 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nó Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) (nascer)? ☐ 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 omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imagem do requerente: 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  
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 11/09/2020, 16:43:43

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



# Extrato de Conta Corrente

Nome: SANDERSON COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

Movimentos			Valor
D	01/10	Saldo anterior	0,00 (+)
D	01/10	Transferência recebida	2.620,00 (+)
D	01/10	0400 2739 24297-7 ARMANDO RODRIG	2.620,00 (+)
Saldo			3.819,05 (+)
Saldo anterior			0,00
Saldo			02/09/2019
IOF			0,00
Data			02/09/2019

Apl	Saldo anterior	1.199,05
POU	Saldo anterior	1.199,05
Total	Saldo anterior	1.199,05
* Sal	por dia	
Suje	a confirmação no momento da contratação	



Boletim de Ocorrência

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO -  
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0271000243**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/08/2019** às **11:42**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **6/7/2019** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1, PE 358 -**  
Bairro: **CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PROPRIA VITIMA (AUTOR / AGENTE)  
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)  
Sr(a): **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**



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

**SANDERSON DA COSTA QUEIROZ** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ** Pai: **SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ** Data de Nascimento: **25/7/1991** Naturalidade: **TRINDADE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7246798/SDS/PE (RG), 10022106483 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **ANALISTA DE SISTEMAS** Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, , SÍTIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**A PROPRIA VITIMA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ** Pai: **SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ** Data de Nascimento: **25/7/1991** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7246798/SDS/PE (RG), 10022106483 (CPF), 00357038510 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **ANALISTA DE SISTEMAS** Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, , SÍTIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ,**



Boletim de Ocorrência

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

que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/GM/ONIX** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF8334** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **538687789** Chassi: **9B0K948L00G300017**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

**Complemento / Observação**

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE SANDERSON DA COSTA QUEIROZ NOTIGNADO QUE SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO NA DATA ACIMA CITADA QUANDO TRAFEGAVA EM SEU VEICULO ONIX NA PE 368 RETORNANDO DA CIDADE DE CARNAIBA, QUANDO AO CRUZAR COM UMA MOTOCICLETA QUE ESTAVA COM OS FAROIS ALTOS PERDEU O CONTROLE DO VEICULO VINDO A COLIDIR COM UMA PILASTRA DE UMA GARAGEM. SANDERSON FOI SOCORRIDO PELA PESSOA DE LUCAS MANGUEIRA DINIZ QUE O RETIROU DO VEICULO E SOCORREU O MESMO PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA A HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA COM A PERNA FRATURADA E VARIAS ESCORIAÇÕES NO BRAÇO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MEDICO EM ANEXO. SEM MAIS A AGRESCENTAR ENGERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRENCIA.

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

*Sander son da Costa Queiroz*  
**SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**  
(VITIMA)

**A PROPRIA VITIMA**  
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **PATRICIA KAYLA RABELO TORRES** Matrícula: **256200-9**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 10022166483 4 - Nome completo da vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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

5 - Nome completo: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ 6 - CPF: 10022166483  
7 - Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS 8 - Endereço: SÍTIO PARA 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.830-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 37138461036

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)  
Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 27391 CONTA: 22101 5  
(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.

## 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. 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) (nascer)? ☐ 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 omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imagem do requerente: 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: 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 40 - Local e Data, 05 de outubro de 2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019





# Extrato de Conta Corrente

Nome: SANDERSON COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

Movimentos			Valor
D	01/10/19	Saldo anterior	0,00 (+)
D	01/10/19	Transferência recebida	2.620,00 (+)
D	01/10/19	04005 2739 24297-7 ARMANDO RODRIG	2.620,00 (+)
Saldo			3.819,05 (+)
S	02/09/2019		0,00
Ju			02/09/2019
Data	Debito de		0,00
IOF			02/09/2019
Data	Debito de		

Apli	05/10/19	Saldo	1.199,05
POU	05/10/19	Saldo AUTOMATICO	1.199,05
Total		Saldo	
* Sal		por dia	
Suje		à confirmação no momento da contratação	



# 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: 10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000000022101-5

---

---

Nr. da Autenticação 5DC8F3ACD420FAE9



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ CPF: 052.652.248-82	DATA DE VENCIMENTO <b>25/09/2019</b> TOTAL A PAGAR (R\$) <b>0,00</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 078051768	CONTA CONTRATO 000898434028 Nº DO CLIENTE 2000578632 Nº DA INSTALAÇÃO 0003934453
	CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Trifásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI PARA 110 TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL 56870-000 TRIUNFO PE	RESERVADO AO FISCO CB47.C8F9.4533.479C.69D2.CC72.6011.7D46		

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	205,00	0,43729967	89,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,58
Contribuição CERTRI - (087) 3846-1382			5,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
000000003161449570	CAT	20/08/2019	5.721,00	18/09/2019	5.926,00	29	1.000,00
000000003161449570	CRT	20/08/2019	5.564,00	18/09/2019	5.826,00	29	1.000,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
JUL2019					
DIC-No.de horas sem Energia		3,12	16,73	21,48	42,92
FIC-No.de vezes sem Energia		3,09	7,87	19,34	30,89
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,91	5,78	0,00	0,00
Limite DICR: 16,80					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 48,48					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

<p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>Pague no ponto mais perto de você: ag correios santa cruz da vitor; rua padre cicero centro / nova modas: rua padre cicero 180 centro lista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a></p> <p>ATUALIZE SEUS DADOS ATÉ 30/11/19 PARA NÃO PERDER O BENEFÍCIO TARIFÁRIO DA CLASSE RURAL. DÚVIDAS DISQUE 116</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 21%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês</p> <p>Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, do RICMS-PE.</p> <p>Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 28,31.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> <p>O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.</p>	<p><b>NÍVEIS DE TENSÃO</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> <tr> <td>380</td> <td>350</td> <td>399</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b></p>	TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	380	350	399
TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)											
	MÍNIMO	MÁXIMO										
220	202	231										
380	350	399										

CONTA CONTRATO 000898434028	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 25/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------	---

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





FIXO

TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4  
RUA JOAQUIM FELIPE, 108 - RECIFE - PE CEP: 50040-305  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PAG. 1 1/5



CTC RECIFE PE PL5  
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
PCA QUINZE DE NOVENBRO, 124  
CENTRO  
50870-000 TRIUNFO PE



7213512820 09457 00000001628 30 040919

Referência

AGOSTO /2019

Telefone

( 87 ) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Total a pagar

R\$ 108,14

### Resumo da sua fatura



OI FIXO .....

R\$ 69,20

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL  
PACOTE DE MINUTOS FIXO-NOVEL LOCAL  
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA CRI 31  
SERVICOS DIGITAIS



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

R\$ 38,94

LIGACOES FIXO-FIXO  
LIGACOES FIXO-NOVEL  
SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS  
OUTROS VALORES

17,54  
14,00  
1,92  
5,48

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em [oi.com.br/9digito](http://oi.com.br/9digito).

CODIGO MINHA OI  
091201460307

[www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

Cadastre-se na minha OI e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL:  
181.001.0019146-4  
RUA JOAQUIM FELIPE, 108 - RECIFE - RECIFE: 50040-305  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
TELEFONE/CONTRATO: 3846-1036 CJ 0 SU 3  
CONTA 08/2019 LOCAL 4852 DV 1

CODIGO MINHA OI  
091201460307

[www.oi.com.br/MinhaOI](http://www.oi.com.br/MinhaOI)

Cadastre-se na minha OI e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

84660000001-8 08140024030-5 32049520354-8 61036031908-7



FATURA N.: 1200113357503  
VENCIMENTO: 15/09/2019  
VALOR A PAGAR R\$ 108,14

CODIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flavio Magalhães de Azevedo inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542609 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sonderon do Costa Vazquez inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.221.664 / 83 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Sonderon do Costa Vazquez, inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.221.664 / 83, 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 15 de novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56830-000</u>
Email <u>hmc.educacao@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD)

Trinã PE, 04 de outubro de 2019  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017





**PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO**  
Fundo Municipal de Saúde  
**UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY**  
**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

16 mar

Data e Hora: 06.07.19 19:03	Nº. Ocorrência
Nome: Alexandre Alves Oliveira Junior	Data Nascimento: 08/07-2002
Profissão: Estudante	Sexo: M Doc. Ident.:
End.: Rua Simbionista	
Responsável: Se mesmo	
End/Fone: 7799112-8341	SUS 706 9081 4478 6934
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	
Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input checked="" type="checkbox"/>	

Pressão Arterial: 120x80 Pulso: Temperatura:

Histórico e Exame Físico:

Paciente vítima de acidente auto nobiliático há 18 horas, apresentou  
doe costal esquerdo.

Tratamento:

- TEUOXICAM - 0,8g, EV, 800s. 19:35
- DEXAMETASONA - 0,8g, EV, 800s. 19:35

Dr. Alexandre Lima  
Médico  
CRM-PE 27469



Impressão Diagnóstica:

Doe Costal A/E.

Destino do Paciente  
Removido para Hospital

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:







PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO  
Fundo Municipal de Saúde  
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY  
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

27 anos.

Data e Hora: 06/07/19 08:40	Nº. Ocorrência
Nome: Simpliciano da Costa Bastos	Data Nascimento: 25/07/91
Profissão:	Sexo: M Doc. Ident.: 1246798 505/PA
End.: R. L. Leal, J. J. - PE	
Responsável: A. J. J.	
End/Fone: Tel: 99454-1979	702804111257368 / 605
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	
Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:

Acidente de trânsito  
com Ferimentos Superficiais  
múltiplos (E) e trauma MIB

Tratamento:

- ① Sutura e curativo
- ② SUTURAS
- ③ Desbridamento (A) + Drenagem + MIB e
- ④ Volante (A) SM

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente  
Removido para Hospital

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☒

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:





**Dr. Antônio Rodrigues de Freitas**

CRM 7351

**ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA**

Para: *Anderson da Costa*

*la* uso inf.

*algie 150*

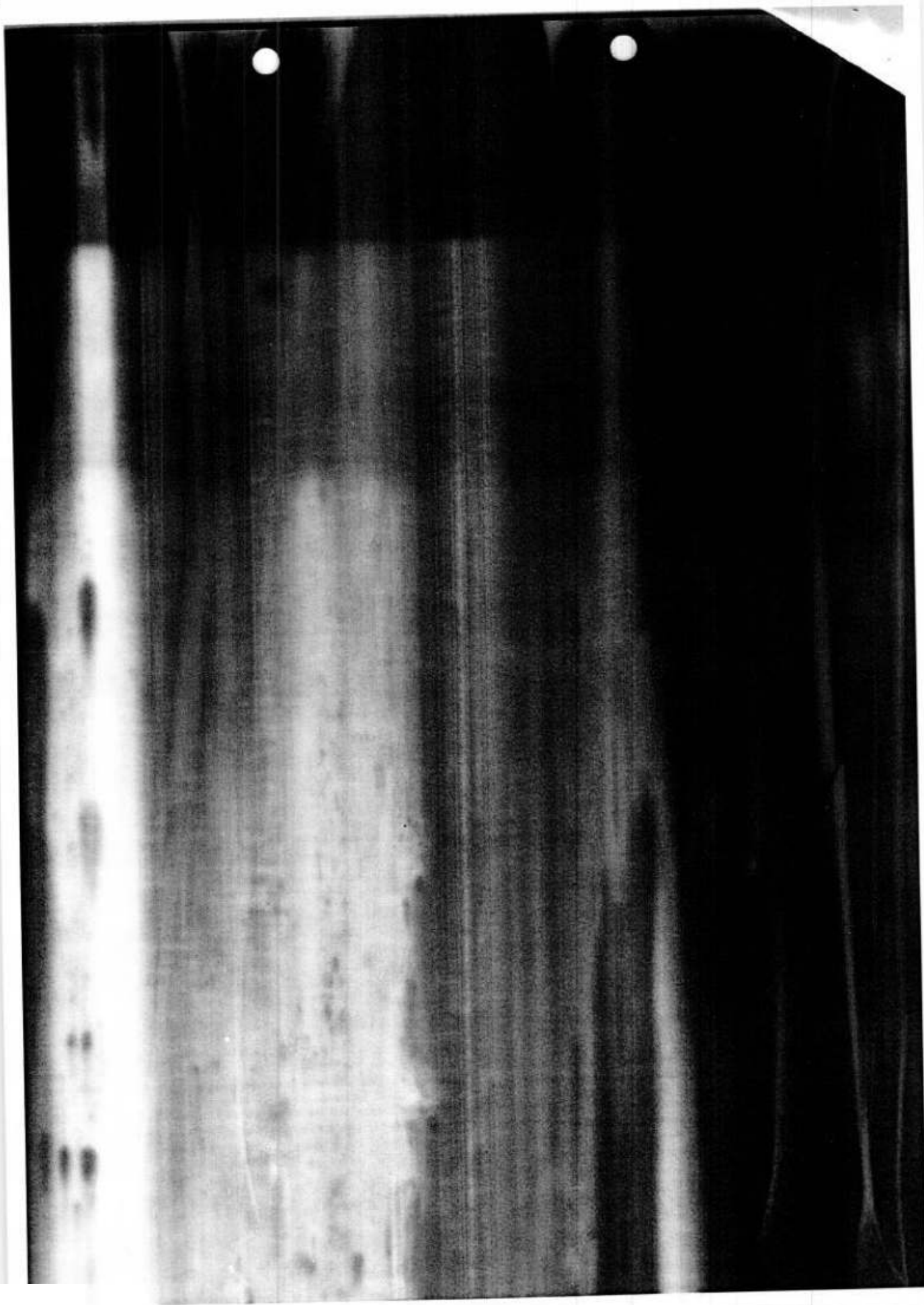
*Verificar as presc. após  
confi da Mueletta (atual)*

*ST 16/07/19*

*Antônio Rodrigues*  
*Ortopedista*  
*CRM 7351*  
*CPF 056552003-25*

Consultório:  
Rua Inocêncio Gomes de Andrada, 640 - Centro - Fone: (87) 3831 - 5609  
CEP: 56.912 - 440 - Serra Talhada - Pernambuco







Hospital São Vicente

Rua Inocência Gomes de Andrade, 603  
Centro - Telefone: (87) 3831-1847  
Serra Talhada - Pernambuco  
CNPJ 10.280.543/0001-63

ORÇAMENTO  
Equipe ortopedia 3500  
fixação 1200  
ANEST. 4000  
HOSPITAL





**Dra. Andreia Diniz**

ANESTESIOLOGIA  
CLÍNICA MÉDICA - TRAUMATOLOGIA ORTÓPEDIA

**Dr. Carlos Kennedy**

NEFROLOGIA - NEFROLOGIA

**Dr. Ebenone A. Silva**

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CLÍNICA MÉDICA - NEFROLOGIA

**Dra. Martha Arruda**

CLÍNICA MÉDICA - NEFROLOGIA  
CLÍNICA MÉDICA - NEFROLOGIA

**Dr. Adelson Feitosa**

NEFROLOGIA - NEFROLOGIA  
NEFROLOGIA - NEFROLOGIA

**Dra. Ana Carolina Sampaio**

NEFROLOGIA - NEFROLOGIA  
NEFROLOGIA - NEFROLOGIA

**Dr. Antônio Melo**

CLÍNICA MÉDICA - NEFROLOGIA  
CLÍNICA MÉDICA - NEFROLOGIA

**Dr. Jailson José**

NEFROLOGIA - NEFROLOGIA

**Dra. Danielly Duarte**

NEFROLOGIA - NEFROLOGIA  
NEFROLOGIA - NEFROLOGIA

**SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**

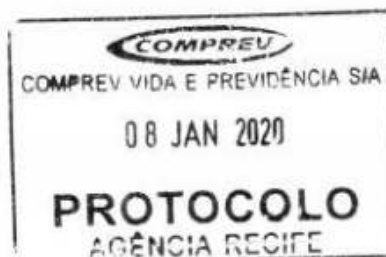
Paciente vítima de acidente automobilístico, no dia 06/07/2019 no município de Triunfo-PE. Após o acidente foi constatada fratura na tíbia esquerda. Realizada cirurgia para osteossíntese no Hospital São Vicente.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: relata dores e edema em perna esquerda, com limitação para pisar o pé esquerdo no chão, limitação para realizar movimentos rápidos, como correr, dificuldade para ficar de cócoras.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 75% para suas funções trabalhistas como Analista de sistemas.

Serra Talhada, 03 de dezembro de 2019.

*Dra. Tâmara Lopes Gonçalves*  
Médica  
CRM-PE 27.615



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

Scanned by CamScanner







# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 013433507006  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 538687789 R.N.T.R.C. 2017

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

TRIUNFO-PE

CPF / CNPJ 100.221.664-83 PLACA PGF8334

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* / PB CHASSI 9BGRS48L0DG300017

PAS /AUTOMOVEL ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

CHEVROLET/ONIX 1.4MT LT MARCA / MODELO ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

5P/106CV/1400CL CAP / POT / CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª \*\*\*\*\*

FAVIA 1 PARCELAMENTO/COTAC 2ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

Assinado eletronicamente por: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior** 13/07

CONTINUAÇÃO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013433507006 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

CASA TRIUNFO-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 13/05/17

VA 1 100.221.664-83 CPF / CNPJ PLACA PGF8334

538687789 RENAVALIA MARCA / MODELO CHEVROLET/ONIX 1.4MT LT

ANO FAB 2013 COTAC 01 CHASSI 9BGRS48L0DG300017

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DEVOLTA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO COTA ÚNICA PARCELADO

Assinado eletronicamente por: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200009769 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SANDERSON DA COSTA QUEIROZ **Data do acidente:** 06/07/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** DEAMBULA COM DIFICULDADE, EDEMA RESIDUAL DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO.

**Resultados terapêuticos:** FEITO CIRURGIA COM COLOCAÇÃO DE PINOS COM ALTA HOSPITALAR 07/07/19 FEITO FISIOTERAPIA - ALTA DEFINITIVA EM 28/10/2019.

**Sequelae permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelae:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO MIE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**, brasileiro, solteiro, analista de sistemas, portador da Cédula de Identidade nº 7246798 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 100.221.664-83, residente e domiciliado no Sítio Pará, Zona Rural, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**.

Triunfo/PE, 05 de agosto de 2019.

SanderSON da Costa Queiroz  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**, brasileiro, solteiro, analista de sistemas, portador da Cédula de Identidade nº 7246798 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 100.221.664-83, residente e domiciliado no Sítio Pará, Zona Rural, Triunfo/PE, CEP: 56.870-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **SANDERSON DA COSTA QUEIROZ**.

Triunfo/PE, 05 de agosto de 2019.

SanderSON da Costa Queiroz  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364671/19

**Vítima:** SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

**CPF:** 100.221.664-83

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

#### SANDERSON DA COSTA QUEIROZ : 100.221.664-83

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](http://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: 18/10/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008858/20

**Vítima:** SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

**CPF:** 100.221.664-83

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

#### SANDERSON DA COSTA QUEIROZ : 100.221.664-83

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](http://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: 08/01/2020  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

JONATAN BARBOSA DE BARROS







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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009769

Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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 15334337





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

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009769 Vítima: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Data do Acidente: 06/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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. 00135/00136 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060068



Carta nº 15344348

