



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
67845 850	11/09/2020 16:43	<u>ANEXO 2</u>	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, 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

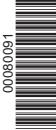
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise 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



00080091

Carta nº 15394118



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:43:43
<https://pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116434333500000066546061>
Número do documento: 20091116434333500000066546061

Num. 67845850 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 56830-000

15 - E-mail: (87) 3846-1036

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).

DADOS CADASTRAIS

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): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: Brasil

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: 5
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

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 atende 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 Lider 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar Sim 30 - Vítima deixou Sim 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Sim
 teve filhos? Não Vivos: Falecidos: Não Vivos: Falecidos: Não Vivos: Falecidos: 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

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

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

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

40 - Local e Data, 05 de outubro de 2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 1 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:43:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116434333500000066546061>
 Número do documento: 20091116434333500000066546061

Num. 67845850 - Pág. 3

Extrato de Conta Corrente

Nome: ANDERSON COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

L	mentos	Valor
D	Horário	
3	019 Saldo anterior	0,00 (+)
0	119 Trans. vência recebida	2.620,00 (+)
0	19 040 2739 24297-7 ARMANDO RODRIG	2.620,00 (+)

L	des	ais	Valor
I	em.		1.199,05 (+)
S			3.819,05 (+)
Ju			0,00
Data	Debito de 0,00		02/09/2019
IOF			0,00
Data	Debito de 0,00		02/09/2019

Aplic	descri	ras	Valor
POU	3 - Pou	TOMATICO	1.199,05
Total	Saldo Final	Saliras	1.199,05
* Sal	por dia B		
Suje	o confirmado no momento da contratação		



Boletim de Ocorrência

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 181ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -
 DP181ºCIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N.º 19E0271000243

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

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

Fato ocorrido no endereço: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 1, PE 350 -
 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 Mé: ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ Pai: SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ Data de Nascimento: 25/7/1991 Naturalidade: TRINDADE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7246798/SDS/PE (RG), 10022100483 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS Endereço Residencial: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, , SITIO PARÁ ZONA RURAL - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

A PROPRIA VITIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mé: ROSINEIDE DA COSTA QUEIROZ Pai: SANDOVAL ALVES DE QUEIROZ Data de Nascimento: 25/7/1991 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7246798/SDS/PE (RG), 10022100483 (CPF), 00357038610 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: ANALISTA DE SISTEMAS Endereço Residencial: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, , SITIO 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: **AUTOMÓVEL/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF8334** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **538687789** Chassi: **SE0K94BL00G300017**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE SANDERSON DA COSTA QUEIROZ NOTICNADO QUE SOFRU ACIDENTE DE TRANSITO NA DATA ACIMA CITADA QUANDO TRAFEGAVA EM SEU VEICULO ONIX NA PE 358 RETORNANDO DA CIDADE DE CARNAIBA, QUANDO AO CRUZAR COM UMA MOTOCICLETA QUE ESTAVA COM OS FARÓIS 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

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ
(VITIMA)

A PROPRIA VITIMA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **PATRICIA KERLA RABELO TORRESO** Matrícula: **388888-8**

DELEGACIA DE POLICIA DE TRIUNFO
Opinião
181^ª CIRCUNSCRIÇÃO





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: 4 - Nome completo da vítima:
10022166483 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: 56830-000
15 - E-mail: (87) 3846-1036

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).

DADOS CADASTRAIS

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 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.

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 Lider 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viver): 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

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

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

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

40 - Local e Data, 14/11/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da testemunha (se houver)

45 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

46 - Assinatura do procurador (se houver)

47 - Assinatura da testemunha (se houver)

48 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

49 - Assinatura do procurador (se houver)

50 - Assinatura da testemunha (se houver)

51 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

52 - Assinatura do procurador (se houver)

53 - Assinatura da testemunha (se houver)

54 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

55 - Assinatura do procurador (se houver)

56 - Assinatura da testemunha (se houver)

57 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

58 - Assinatura do procurador (se houver)

59 - Assinatura da testemunha (se houver)

60 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

61 - Assinatura do procurador (se houver)

62 - Assinatura da testemunha (se houver)

63 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

64 - Assinatura do procurador (se houver)

65 - Assinatura da testemunha (se houver)

66 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

67 - Assinatura do procurador (se houver)

68 - Assinatura da testemunha (se houver)

69 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

70 - Assinatura do procurador (se houver)

71 - Assinatura da testemunha (se houver)

72 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

73 - Assinatura do procurador (se houver)

74 - Assinatura da testemunha (se houver)

75 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

76 - Assinatura do procurador (se houver)

77 - Assinatura da testemunha (se houver)

78 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

79 - Assinatura do procurador (se houver)

80 - Assinatura da testemunha (se houver)

81 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

82 - Assinatura do procurador (se houver)

83 - Assinatura da testemunha (se houver)

84 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

85 - Assinatura do procurador (se houver)

86 - Assinatura da testemunha (se houver)

87 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

88 - Assinatura do procurador (se houver)

89 - Assinatura da testemunha (se houver)

90 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

91 - Assinatura do procurador (se houver)

92 - Assinatura da testemunha (se houver)

93 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

94 - Assinatura do procurador (se houver)

95 - Assinatura da testemunha (se houver)

96 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

97 - Assinatura do procurador (se houver)

98 - Assinatura da testemunha (se houver)

99 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

100 - Assinatura do procurador (se houver)

101 - Assinatura da testemunha (se houver)

102 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

103 - Assinatura do procurador (se houver)

104 - Assinatura da testemunha (se houver)

105 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

106 - Assinatura do procurador (se houver)

107 - Assinatura da testemunha (se houver)

108 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

109 - Assinatura do procurador (se houver)

110 - Assinatura da testemunha (se houver)

111 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

112 - Assinatura do procurador (se houver)

113 - Assinatura da testemunha (se houver)

114 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

115 - Assinatura do procurador (se houver)

116 - Assinatura da testemunha (se houver)

117 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

118 - Assinatura do procurador (se houver)

119 - Assinatura da testemunha (se houver)

120 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

121 - Assinatura do procurador (se houver)

122 - Assinatura da testemunha (se houver)

123 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

124 - Assinatura do procurador (se houver)

125 - Assinatura da testemunha (se houver)

126 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

127 - Assinatura do procurador (se houver)

128 - Assinatura da testemunha (se houver)

129 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

130 - Assinatura do procurador (se houver)

131 - Assinatura da testemunha (se houver)

132 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

133 - Assinatura do procurador (se houver)

134 - Assinatura da testemunha (se houver)

135 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

136 - Assinatura do procurador (se houver)

137 - Assinatura da testemunha (se houver)

138 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

139 - Assinatura do procurador (se houver)

140 - Assinatura da testemunha (se houver)

141 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

142 - Assinatura do procurador (se houver)

143 - Assinatura da testemunha (se houver)

144 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

145 - Assinatura do procurador (se houver)

146 - Assinatura da testemunha (se houver)

147 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

148 - Assinatura do procurador (se houver)

149 - Assinatura da testemunha (se houver)

150 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

151 - Assinatura do procurador (se houver)

152 - Assinatura da testemunha (se houver)

153 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

154 - Assinatura do procurador (se houver)

155 - Assinatura da testemunha (se houver)

156 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

157 - Assinatura do procurador (se houver)

158 - Assinatura da testemunha (se houver)

159 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

160 - Assinatura do procurador (se houver)

161 - Assinatura da testemunha (se houver)

162 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

163 - Assinatura do procurador (se houver)

164 - Assinatura da testemunha (se houver)

165 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

166 - Assinatura do procurador (se houver)

167 - Assinatura da testemunha (se houver)

168 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

169 - Assinatura do procurador (se houver)

170 - Assinatura da testemunha (se houver)

171 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

172 - Assinatura do procurador (se houver)

173 - Assinatura da testemunha (se houver)

174 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

175 - Assinatura do procurador (se houver)

176 - Assinatura da testemunha (se houver)

177 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

178 - Assinatura do procurador (se houver)

179 - Assinatura da testemunha (se houver)

180 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

181 - Assinatura do procurador (se houver)

182 - Assinatura da testemunha (se houver)

183 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

184 - Assinatura do procurador (se houver)

185 - Assinatura da testemunha (se houver)

186 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

187 - Assinatura do procurador (se houver)

188 - Assinatura da testemunha (se houver)

189 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

190 - Assinatura do procurador (se houver)

191 - Assinatura da testemunha (se houver)

192 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

193 - Assinatura do procurador (se houver)

194 - Assinatura da testemunha (se houver)

195 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

196 - Assinatura do procurador (se houver)

197 - Assinatura da testemunha (se houver)

198 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

199 - Assinatura do procurador (se houver)

200 - Assinatura da testemunha (se houver)

201 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

202 - Assinatura do procurador (se houver)

203 - Assinatura da testemunha (se houver)

204 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

205 - Assinatura do procurador (se houver)

206 - Assinatura da testemunha (se houver)

207 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

208 - Assinatura do procurador (se

Extrato de Conta Corrente

Nome: ANDERSON COSTA QUEIROZ

Agência: 2739-1 Conta: 22101-5

L	mentos	Valor
D	Horário	
3	019 Saldo anterior	0,00 (+)
0	119 Trans. vência recebida	2.620,00 (+)
0	040 2739 24297-7 ARMANDO RODRIG	2.620,00 (+)
0	19	
T	des	ais
		1.199,05 (+)
		3.819,05 (+)
S		0,00
Ju		
Data	Debito de 0,00	02/09/2019
IOF		0,00
Data	Debito de 0,00	02/09/2019

Aplic	descrições	Valor
POU	3 - Poupança AUTOMATICO	1.199,05
Total	Saldo Final	1.199,05
* Sal	por dia Boleto	
Suje	o confirmado 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:43:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116434333500000066546061>
Número do documento: 20091116434333500000066546061

Num. 67845850 - Pág. 9

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ 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 26/04/2002
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: 052.652.245-82

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI PARA 110
TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL
56870-000 TRIUNFO PE
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

DATA DE VENCIMENTO 25/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/09/2019	CONTA CONTRATO 000898434028
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 18/09/2019	Nº DO CLIENTE 2000578632
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 078051768	Nº DA INSTALAÇÃO 000394453
CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL	Trifásico	
RESERVADO AO FISCO CB47.C8F9.4533.479C.69D2.CC72.6011.7D46		

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 - (987) 3846-1382			5,00
TOTAL DA FATURA			103,22

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,41749000	SET 19	205
		AGO 19	236
		JUL 19	234
		JUN 19	220
		MAI 19	251
		ABR 19	220
		MAR 19	250
		FEV 19	220
		JAN 19	232
		DEZ 18	238
		NOV 18	256
		OUT 18	276
		SET 18	211

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
NÚMERO DO MEDIOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
00000003161449570	CAT	20/08/2019 5.721,00	18/09/2019 5.926,00	29	1,00000	0,00
00000003161449570	CRT	20/08/2019 5.564,00	18/09/2019 5.826,00	29	1,00000	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia		3,12	16,73	21,45	42,92
FIC-No de vezes sem Energia		2,00	7,87	19,34	36,69
DIMC-Duração máxima de Interrupção contínua		2,01	5,78	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,80		
EU8D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,48					

Todos os consumidores podem solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DIMC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES						
Pague no ponto mais perto de você ag correios santa cruz da vito: rua padre cícero centro / nova modas: rua padre cícero 180 centro/leia completa em www.celpe.com.br						
ATUALIZE SEUS DADOS ATÉ 30/11/19 PARA NÃO PERDER O BENEFÍCIO TARIFÁRIO						
DA CLASSE RURAL DÚVIDAS DISQUE 116.						
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br .						
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.						
Págto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês						
Isenção do ICMS conforme Art. 9º, XLVIII,d, do RICMS-PE.						
Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = R\$ 28,31.						
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.						
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.						

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
380	350	399	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

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

FATURA PAGA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



oi

FIXO

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.116/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 161.001.0019146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 108 - RECIFE - PE CEP: 50.050-305
MATRIZ CNPJ: 33.000.116/0001-79

PAG.: 1/5

ID: DIS2447 - Seq: 0191 / 003988 - P000000 MOBIL PE OTT BMOBOMS15 TXT_Fone_07_07_2019



CTC RECIFE PE PLS
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVEMBRO,124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO PE



7213512020 09457 00000001628 30 09/19

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

69,20

PAQUOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
PAQUOTE DE MINUTOS FIXO-MÓVEL LOCAL
PAQUOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COM 31
SERVIÇOS DIGITAIS



EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS

R\$ 38,94

17,54

LIGAÇÕES FIXO-FIXO
LIGAÇÕES FIXO-MÓVEL
SERVIÇOS OUTRAS PRESTADORES E DE TERCEIROS
OUTROS VALORES

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, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI
Cadastra-se na minha OI e converse com a vida e previdência

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ 33.000.116.0014-93 - INSC. ESTADUAL:
161.001.0019146-4
RUA JOAQUIM FELIPE,108 - RECIFE - PE CEP: 50.050-305
MATRIZ CNPJ: 33.000.116/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 3846-1036 CJ 0 SU 3
CONTA 08/2019 LOCAL 4652 DV 1

CÓDIGO MINHA OI
091201460307www.oi.com.br/MinhaOI

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

84560000001-8 08140024030-5 32049520384-8 61036031908-7



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

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:43:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116434333500000066546061>
 Número do documento: 20091116434333500000066546061

Num. 67845850 - Pág. 11

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

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

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

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Helder Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542.624 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sonderen do Costa, Lázaro inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.221.664 / 83 do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima Sonderen do Costa, Lázaro inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.221.664 / 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	Pingo 15 de Novembro	Número	124	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	PE	Estado
Email	hmc.cordeiro@gmail.com	Telefone comercial (DDD)	(81) 3846-1036	Telefone celular (DDD)

Trambei PE, 09 de outubro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
COMPREV - COMPRA, VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
05 NOV 2019
RECIBIDO



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

16/09/2019

Data e Hora:	06-09-19 19:03	Nº. Ocorrência			
Nome:	Alexandre Alves Guedes	Genre:	M	Data Nascimento:	08/07/2002
Profissão:	Estudante	Sexo:	M	Doc. Ident.:	
End.:	Setor Industrial				
Responsável:	Se mesmo				
End/Fone:	87799112-8341	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	P脉:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico:			
Paciente vítima de acidente auto no bairro Centro há 18 horas, apresentava dores costais e queiro.			

Tratamento:
- Teuoxicam - Olímp, ev, abols. 10-35
- Dexametasona - Olímp, EV, abols. 10-35
<i>Dr. Alexandre Lima CRM-PE 1469</i>
PROTOCOLO
COMPREV VIDA E PRÉVIA IMPRESSÃO
05 NOV 2019

Impressão Diagnóstica:
Dor Costela A/E.

Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Óbito às	horas do dia		

Médico - Carimbo e CRM:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

60

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

27 anos.

Data e Hora:	06/07/19 02:40	Nº. Ocorrência	
Nome:	Guilherme da Costa Oliveira	Data Nascimento:	25/07/91
Profissão:		Sexo:	M
End.:	8169 Laranjeira - Jequiá-PE	Doc. Ident.:	1246798 505/P6
Responsável:	Larissa		
End/Fone:	Tel: 99459-1979	702804111257368 (6VS)	
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:	P脉:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico:		
<p>Acidente de trânsito com ferimentos superficiais múltiplos (E) e máis n/a</p>		

Tratamento:	① Banho e vest ② Sossego ③ Desodorante (a) + Banho + colo et ④ Colchão (ar) sim
-------------	--

Impressão Diagnóstica:

Destino do Paciente Removido para Hospital	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	------------------------------------	---

Óbito às	horas do dia
----------	--------------

Médico - Carimbo e CRM:





Dr. Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

para: Anderson da Cotta

la uso iug.

algie 150 — *sol*
Vaccin as secas - esp. ceto
confidencial paciente (cota)

51 16/07/19

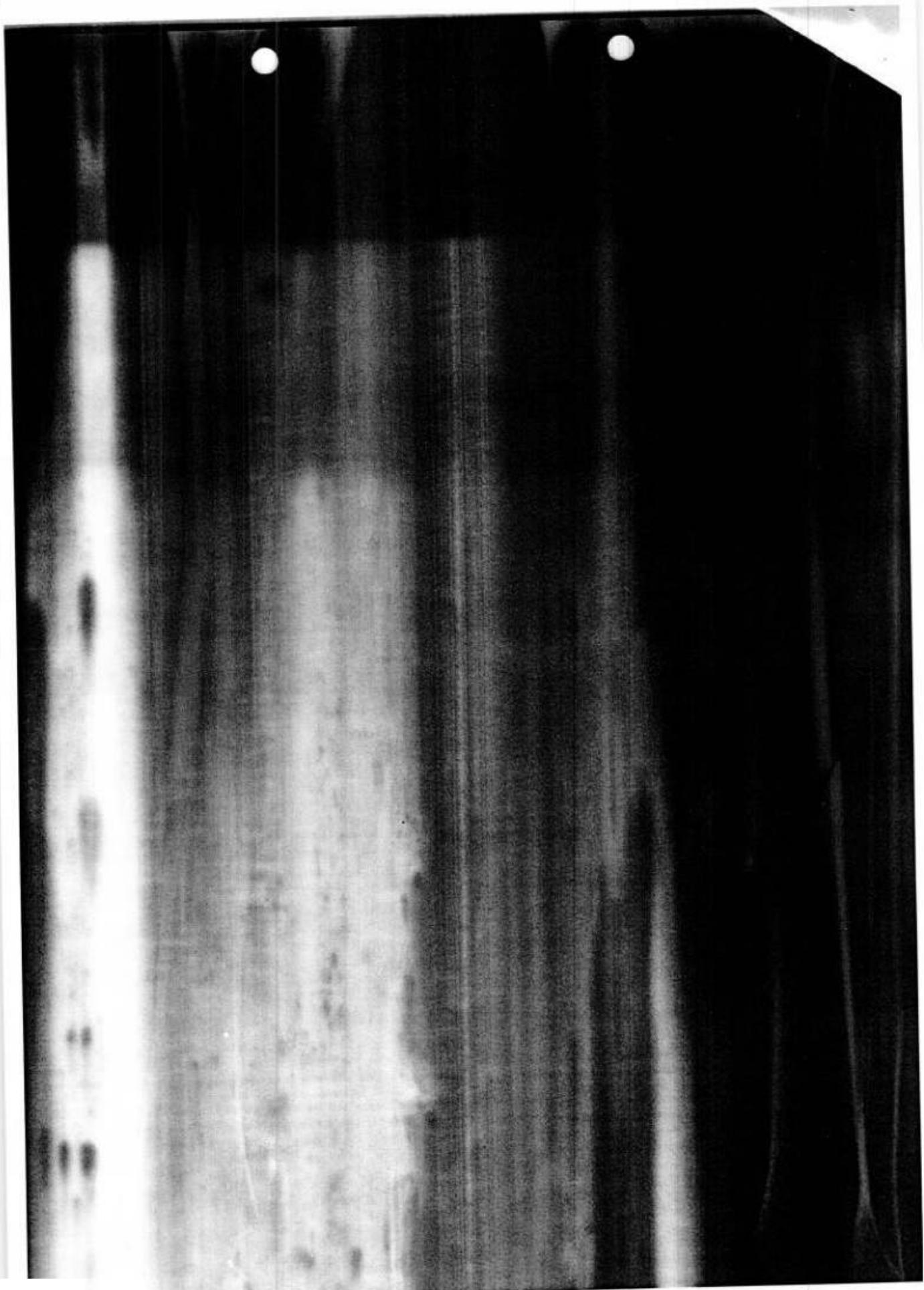
Antônio Rodrigues
CRM/PE/7351
CPF: 0566502-003-25

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:43:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116434333500000066546061>
Número do documento: 20091116434333500000066546061

Num. 67845850 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:43:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116434333500000066546061>
Número do documento: 20091116434333500000066546061

Num. 67845850 - Pág. 16



Hospital São Vicente

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

orcamento

EQUIP. ORTOPÓDICO	3500
fixadores	1200
ANEST.	4000
HOSPITAL	





Dra. Andreia Diniz
ANESTESIOLOGIA
CLÍNICA GERAL - PATOLOGIA DA RESPIRAÇÃO

Dra. Martha Arruda
CLÍNICA GERAL - PATOLOGIA DA RESPIRAÇÃO

Dr. Antônio Melo
CLÍNICA GERAL - PATOLOGIA DA RESPIRAÇÃO

Dr. Carlos Kennedy
CLÍNICA GERAL - PATOLOGIA DA RESPIRAÇÃO

Dr. Adelilson Feitosa
CLÍNICA GERAL - PATOLOGIA DA RESPIRAÇÃO

Dr. Ebenone A. Silva
CLÍNICA GERAL - PATOLOGIA DA RESPIRAÇÃO

Dr. Jailson José
CLÍNICA GERAL

Dra. Ana Carolina Sampaio
CLÍNICA GERAL - PATOLOGIA DA RESPIRAÇÃO

Dra. Danielly Duarte
CLÍNICA GERAL - PATOLOGIA DA RESPIRAÇÃO

SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

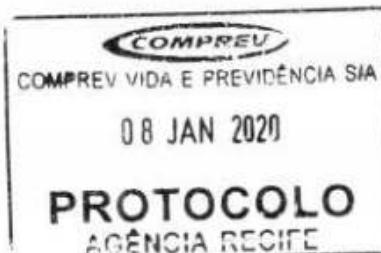
Paciente vítima de acidente automobilístico, no dia 06/07/2019 no município de Triunfo-PE. Após o acidente foi constatada fratura na tibia esquerda. Realizada cirurgia para osteossíntese no Hospital São Vicente.

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. Jamila Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.615



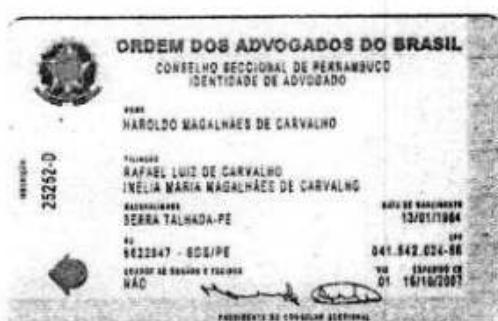
Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3831-8446 (87) 99916-0112 - e-mail: cem_st@hotmail.com

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:43:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116434333500000066546061>
Número do documento: 20091116434333500000066546061

Num. 67845850 - Pág. 18



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

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

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: 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

OUTORANTE: 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.

OUTORADO: 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.

Sanderon 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.

Sandereson 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2019

Titular do CPF: SANDERSON DA COSTA QUEIROZ

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

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

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 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:43:43
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116434333500000066546061>
Número do documento: 20091116434333500000066546061

Num. 67845850 - Pág. 25



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 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

Pag. 00375/00376 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15334337



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:43:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116434333500000066546061>
Número do documento: 20091116434333500000066546061

Num. 67845850 - Pág. 26



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, 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:

Documentação médico-hospitalar	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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:43:43
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091116434333500000066546061>
Número do documento: 20091116434333500000066546061

Num. 67845850 - Pág. 27