



Número: **0000289-85.2020.8.17.3330**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São José do Belmonte**

Última distribuição : **15/07/2020**

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	
HARIMATE LACERDA DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68381360	22/09/2020 17:04	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190481479 Vítima: HARIMATE LACERDA DA SILVA

Data do Acidente: 16/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HARIMATE LACERDA DA SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	---

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. 01919/01920 - carta_03 - INVALIDEZ

00060960



Carta nº 14714208





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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481479

Vítima: HARIMATE LACERDA DA SILVA

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HARIMATE LACERDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

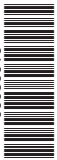
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14717422

Pag. 00037/00038 - carta_01 - INVALIDEZ

00030019





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

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481479

Vítima: HARIMATE LACERDA DA SILVA

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HARIMATE LACERDA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **HARIMATE LACERDA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000152-X**

Conta: **0000025810-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 079.329.154-22 3 - CPF da vítima: 079.329.154-22 4 - Nome completo da vítima: Maximatê Lacerda da Silva

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

5 - Nome completo: Maximatê Lacerda da Silva 6 - CPF: 079.329.154-22
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Guilherme Novais 9 - Número: 13 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Delmiro 12 - Cidade: São José do Belmonte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56950-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87-9634-4907

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: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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

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: _____

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Serra Talhada 24/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Caravante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3190/281479

3 - CPF da vítima:

049.329.154-22

4 - Nome completo da vítima:

Maximati Lacerda da Silva

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

5 - Nome completo:

Maximati Lacerda da Silva

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Eulides Novais

11 - Bairro:

21 de Setembro

12 - Cidade:

João José do Bonfim

13 - Estado:

PE

6 - CPF:

049.329.154-22

9 - Número:

13

10 - Complemento:

Casa

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

87-9634-4807

17 - Estado:

PE

14 - CEP:

56950-000

16 - Tel. (DDD):

87-9634-4807

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ 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:

0152

CONTA:

25.810

AGÊNCIA:

0152

CONTA:

25.810

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 no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a 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 (m 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(s) (vivo(s)?)

☐ 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

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, 22/09/2020

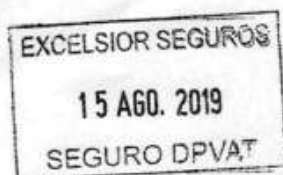
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0268000448**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **10:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **16/4/2019** no período da **Tarde**

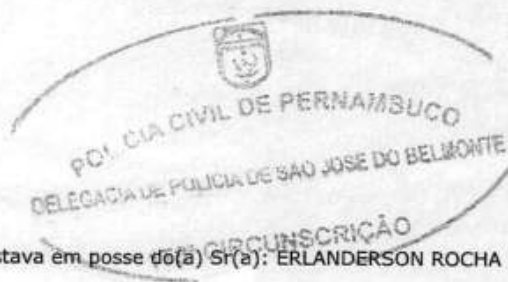
Fato ocorrido no endereço: **PE 430, PROXIMO AO SITIO LAGOA DA EXTREMA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ERLANDERSON ROCHA DA SILVA (OUTRO)
HARIMATE LACERDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

ERLANDERSON ROCHA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **QUITERIA MARIA DA SILVA** Pai: **JOÃO EDILSON ROCHA DA SILVA** Data de Nascimento: **13/2/1991** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **TRAVESSA ANTONIO NUNES DE CARVALHO, N° 29, VILA DELMIRO, AO LADO NEGUINHO DO PEIXE - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

HARIMATE LACERDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA RITA DA SILVA LACERDA** Pai: **EDMILSON GONÇALO DE LACERDA** Data de Nascimento: **13/5/1987** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7850840/SDS/PE (RG)** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 999476640**

Residencial: **RUA EUCLIDES CAVALCANTE NOVAIS, N° 18, VILA DELMIRO, EM FRENTE AO MERCADINHO DE LALA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ERLANDERSON ROCHA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ERLANDERSON ROCHA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PCA4636** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **117484748** Chassi: **9C2KD0810KR004781**

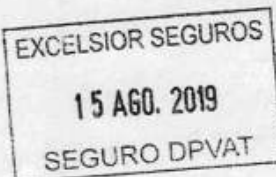


Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SENHOR HARIMATE LACERDA DA SILVA COMUNICANDO ESTÁ OCORRÊNCIA. INFORMA O MESMO QUE VINHA NA CONDIÇÃO DE GARUPA DO VEICULO ACIMA RELACIONADO O QUAL ESTAVA SENDO CONDUZINDO POR SEU PRIMO DE NOME ERLANDERSON ROCHA (PROPRIETARIO DA MOTO) PELA PE 430 SENTIDO CEARA / SÃO JOSE DO BELMONTE QUANDO NAS PROXIMIDADES DO SITIO LAGOA DA EXTREMA A VÍTIMA COCHILOU PENDENDO PARA O LADO DIREITO, MOMENTO QUE ATRAPALHOU O EQUILIBRIU DO CONDUTOR E VEIO CAIR AO SOLO. QUE POSTERMIRMENTE FORA CONDUZINDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSE DO BELMONTE ONDE DEU ENTRADA MEDIANTE REGISTRO DE N° 00006229 DATADO EM 16/04/2019. SEM MAIS PARA O MOMENTO ENCERRO ESTE B.O.E //

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

ERLANDERSON ROCHA DA SILVA
(OUTRO)**HARIMATE LACERDA DA SILVA**
(VITIMA)B.O. registrado por: **THIAGO AUGUSTO DA SILVA RODRIGUES** - Matrícula: **320258-5**

EXCELSIOR SEGUROS

15 AGO. 2019

SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 178ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DO BELMONTE - DP178ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0268000448

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/06/2019 às 10:32

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 16/4/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **PE 430, PROXIMO AO SÍTIO LAGOA DA EXTREMA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ERLANDERSON ROCHA DA SILVA (OUTRO)
HARIMATE LACERDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ERLANDERSON ROCHA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **QUITERIA MARIA DA SILVA** Pai: **JOÃO EDILSON ROCHA DA SILVA** Data de Nascimento: **13/2/1991** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **TRAVESSA ANTONIO NUNES DE CARVALHO, Nº 29, VILA DELMIRO, AO LADO NEGUINHO DO PEIXE - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

HARIMATE LACERDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA RITA DA SILVA LACERDA** Pai: **EDMILSON GONÇALO DE LACERDA** Data de Nascimento: **13/5/1987** Naturalidade: **SAO JOSE DO BELMONTE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7850840/SDS/PE (RG)** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 999476640**

Residencial: **RUA EUCLIDES CAVALCANTE NOVAIS, Nº 18, VILA DELMIRO, EM FRENTE AO MERCADINHO DE LALA - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ERLANDERSON ROCHA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ERLANDERSON ROCHA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PCA4636** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DO BELMONTE) Renavam: **117484748** Chassi: **9C2KD0810KR004781**



Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SENHOR HARIMATE LACERDA DA SILVA COMUNICANDO ESTÁ OCORRÊNCIA. INFORMA O MESMO QUE VINHA NA CONDIÇÃO DE GARUPA DO VEICULO ACIMA RELACIONADO O QUAL ESTAVA SENDO CONDUZINDO POR SEU PRIMO DE NOME ERLANDERSON ROCHA (PROPRIETARIO DA MOTO) PELA PE 430 SENTIDO CEARA / SÃO JOSE DO BELMONTE QUANDO NAS PROXIMIDADES DO SITIO LAGOA DA EXTREMA A VITIMA COCHILOU PENDENDO PARA O LADO DIREITO, MOMENTO QUE ATRAPALHOU O EQUILIBRIU DO CONDUTOR E VEIO CAIR AO SOLO. QUE POSTERMIRMENTE FORA CONDUZINDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSE DO BELMONTE ONDE DEU ENTRADA MEDIANTE REGISTRO DE N° 00006229 DATADO EM 16/04/2019. SEM MAIS PARA O MOMENTO ENCERRO ESTE B.O.E //

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

ERLANDERSON ROCHA DA SILVA
(OUTRO)**HARIMATE LACERDA DA SILVA**
(VITIMA)B.O. registrado por: **THIAGO AUGUSTO DA SILVA RODRIGUES** - Matrícula: **320258-5**

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 079.329.154-22 3 - CPF da vítima: 079.329.154-22 4 - Nome completo da vítima: Maximatê Lacerda da Silva

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

5 - Nome completo: Maximatê Lacerda da Silva 6 - CPF: 079.329.154-22
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Guilherme Novais 9 - Número: 13 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Delmiro 12 - Cidade: São José do Belmonte 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56950-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 87-9634-4907

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: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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

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: _____

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

15 AGO. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Serra Talhada 24/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Caravante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

A. de Mota

Nº do Registro: 00006229 Data: 16/04/2019 Hora: 14:33
Nome: HARIMATE LACERDA DA SILVA Sexo: MASCULINO
Idade: 31 Anos, 11 Meses Data Nascimento: 13/05/1987 Estado Civil:
Mãe: MARIA RITA DA SILVA LACERDA Pai: EDMILSON GONCALO DE LACERDA
Cartão SUS: 700409932887243 RG: IDENTIDADE
Logradouro: RUA EUCLIDES C. NOVAES Nº 18 Bairro: VILA DELMIRO
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: CONSULTA Alergias: NÃO | SIM | QUAL:
Tax.: ☐ °C FR: ☐ irpm FC: ☐ bpm HGT: ☐ mg/dl PA: ☐ X ☐ mmHg Peso: ☐ kg
Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

Fomeca na orelha A,

História da Doença Atual:

Do: Fomeca na orelha A.

Hipótese Diagnóstica: No otite externa.

Conduta Terapêutica:

1. Reforço 209 / frito
2. vacinação 1 mês SM.
OK
EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO, 2019
SEGURO DPVAT

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Antônio Luiz G. de Mello Junior
MEDICO
Médico 4308

Enfermeira Maria do Socorro Alves Carvalho
COREN: 385054

Assistente Social

Paciente não Doençado



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:	10/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HARIMATE LACERDA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00152-X

CONTA: 000000025810-5

Nr. da Autenticação 7C99D83457ACA7E9



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0705943-80 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CICERA DINIZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA EUCLIDES NOVAES 18

CPF: 084.285.344-90 NIS: 1607882668

VILA DELMIRO/SÃO JOSE DO BELMONTE
SÃO JOSE DO BELMONTE PE
58950-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTADOR
7018962769
MÊS/ANO
04/2019

Nº DA NOTA FISCAL	NOME	DATA
058415882	UNICA	16/04/2019
PERÍODO DE VALIDADE	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA	Nº DA UNIDADE DE MEDIÇÃO
15/04/2019	2019912652	3574058

DATA DE VENCIMENTO
24/04/2019
DATA DE PAGAMENTO
16/05/2019

27,01

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,18071669	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	81,00000000	0,32986289	18,87
Contrib. Rum. Pública Municipal			3,90
Multa por atraso-NF 050837730- 15/03/18			0,40
Juros por atraso-NF 050837730- 15/03/18			0,16
Ajustação IGPM-NF 050837730- 15/03/18			0,14
TOTAL DA FATURA			27,01

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
6289162	CAT	15-03-2019	7.696,00	16-04-2019	8.037,00	32	25	1,00000	81,00

MÊS/ANO DE CONSUMO			MONTANTES DE PAGAMENTO			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano	Consumo (KWh)	Valor (R\$)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Descrição	Valor (R\$)	%
ABR 19	81	18,87	ICMS	22,38	1,38	Geração de Energia	R\$ 5,58	42,84%
MAR 19	76	16,87	PIS	22,38	0,30	Transmissão	R\$ 1,52	5,34%
FEV 19	71	15,87	COPINF	22,38	1,38	Distribuição (Celpe)	R\$ 6,64	29,68%
JAN 19	71	15,87				Perdas de Energia	R\$ 2,69	9,32%
DEZ 18	71	15,87				Encargos Setoriais	R\$ 0,95	4,20%
NOV 18	66	14,87				Tributos	R\$ 1,83	7,56%
OUT 18	77	16,87				Total	R\$ 22,58	100%
SET 18	80	17,87				TOTAL A PAGAR		
AGO 18	77	16,87						
JUL 18	80	17,87						
JUN 18	77	16,87						
MAI 18	76	16,87						
ABR 18	70	15,87						

9888 782F FB18 C43F 5C26 A54A FCPA 6325

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague sua parcela pelo valor de acordo com o valor de consumo registrado em seu sistema de medição. Para mais informações, consulte o site da CELPE em www.celpe.com.br. O valor de consumo registrado em seu sistema de medição é o valor de consumo registrado em seu sistema de medição. O valor de consumo registrado em seu sistema de medição é o valor de consumo registrado em seu sistema de medição. O valor de consumo registrado em seu sistema de medição é o valor de consumo registrado em seu sistema de medição.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis em www.celpe.com.br. O valor de consumo registrado em seu sistema de medição é o valor de consumo registrado em seu sistema de medição. O valor de consumo registrado em seu sistema de medição é o valor de consumo registrado em seu sistema de medição.

TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS LÂMPADAS				TENSÃO DE TENSÃO			
CONSUMO	VALOR APROXIMADO (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR	VALOR
100	3,23	6,47	12,94	220	230	231	
150	1,60	3,20	6,40				
200	3,23	3,80	0,00				

Límite de 12,22 R\$ - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 10,57

ANTENÇÃO: O valor de consumo registrado em seu sistema de medição é o valor de consumo registrado em seu sistema de medição.

EXCELSIOR SEGUROS

15 AGO. 2019

SEGURO DPVAT





CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética da Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 9005943-89 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGALIA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF: 369.710.364-15

IPSEPSERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56913-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATADA	2278076019	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	03/06/2019	25/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	109,72	

083529274	UNIC 4	27/05/2019
27/05/2019	2000135716	26/07/2019

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	128,0000000	0,79840000	102,30
Atenuação Bandeira AMARELA			1,57
Contribuição Publica Municipal			4,53
K.M. de distribuição COE-UFPE 0569438901-26/03/15			0,44
PRO-CHANAÇA (0813413-6860) 18/04/03/1989			0,88

02/07/19

TOTAL DA FATURA 109,72

ÍP/DI	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	MP DE DIAS	CONSTATANTE	AJURTE	CONSUMO (Wh)
30/05/2019	CAT	25-04-2019	1844,06	27-05-2019	18770,00	32	1,00000		128,00

PERÍODO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição de Energia	R\$	%
MAR 18	128	ICMS	19,17	25,94	Transmissão	R\$ 1,67	3,54%
ABR 18	85	PIS	10,27	1,18	Distribuição (Cadeia)	R\$ 25,28	21,69%
MAR 18	80	COPINS	10,47	5,37	Perdas de Energia	R\$ 7,60	8,79%
FEV 18	117				Energia Solarizada	R\$ 5,24	5,00%
JAN 18	124				Tributação	R\$ 30,71	31,52%
DEZ 18	94				Total	R\$ 183,77	100%
NOV 18	253						
OUT 18	94						
SET 18	262						
AUG 18	282						
JUL 18	256						
JUN 18	280						
MAY 18	279						

480E 4EP1 17CO FISED 50E7 COEE SIDA 12/6

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
0,00	0,42	10,80	21,73	230	220	231
1,00	3,30	6,00	13,30			
0,30	3,11	0,00	0,00			

CONTA CONTRATADA 2278076019 MÊSAGO 05/2019 DATA DE VENCIMENTO 03/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 109,72

83820000001-0 09720011002-3 27807601910-0 14088684443-2





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº 9.613/98.

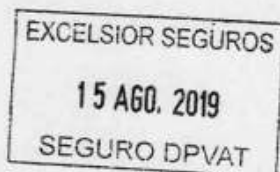
Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 031.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Hanimatê Lacenda da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.329.154 / 22,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Hanimatê Lacenda da Silva,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.329.154 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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 Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Senna Talhada</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>56912-130</u>
E-mail:		Tel.(DDD):

Local e Data: Senna Talhada 05.08.2019

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Erlanderson Rocha da Silva
RG nº 49282807, data de expedição 05/09/2016,
Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 091.425.444-83,
com domicílio na cidade de São José do Belmonte, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Travessa Antonio Nunes de Carvalho, nº 29,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Maximati Lacerda da Silva, cujo o condutor era
Erlanderson Rocha da Silva.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/NXR160 Bxms E50D Ano: 2018/2019
Placa: PCA4636 Chassi: 9C2KPD810KR004781
Data do Acidente: 16/04/2019

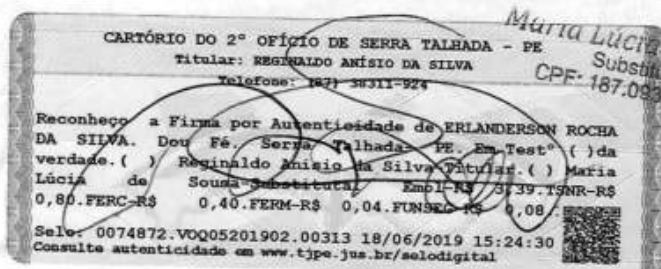
Local e Data: Serra Talhada 18/06/2019



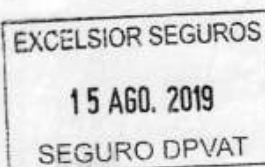
Erlanderson Rocha da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 187.093.384-20





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Leonidas Pereira de Menezes

A. de Mota

Nº do Registro: 00006229 Data: 16/04/2019 Hora: 14:33
Nome: HARIMATE LACERDA DA SILVA Sexo: MASCULINO
Idade: 31 Anos, 11 Meses Data Nascimento: 13/05/1987 Estado Civil:
Mãe: MARIA RITA DA SILVA LACERDA Pai: EDMILSON GONCALO DE LACERDA
Cartão SUS: 700409932887243 RG: IDENTIDADE
Logradouro: RUA EUCLIDES C. NOVAES Nº 18 Bairro: VILA DELMIRO
Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE Estado: PE Profissão: AGRICULTOR
Tipo do Atendimento: CONSULTA Alergias: NÃO | SIM | QUAL:
Tax.: ☐ °C FR: ☐ irpm FC: ☐ bpm HGT: ☐ mg/dl PA: ☐ X ☐ mmHg Peso: ☐ kg
Classificação de Risco: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

Pré - Consulta:

Fomeca na orelha d.

História da Doença Atual:

Do: Fomeca na orelha d.

Hipótese Diagnóstica: no otite média.

Conduta Terapêutica:

Antibiótico 209 / 1ml

1) vacina 1 ml 87.
OK

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

Observação ☐ Internação ☐ Transferência ☐ Recusa Medicação ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Óbito ☐

Dr. Aldes Muniz G. de Mota
MEDICO 44308

Enfermeira Maria do Socorro Alves Carvalho
COREN: 385054

Assistência Social

Paciente não Responsável



 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Saúde Pernambuco	 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda. 2 - CNES 2517124	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda. 4 - CNES 2517124	
Identificação do Paciente NÚMERO DO DOCUMENTO 26750840 NOME ATEND.	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 4064099328817451 6 - SIS PRENATAL	
7 - SENHA / REGULAÇÃO 8 - Nº DO PRONTUÁRIO 10 - DATA DE NASCIMENTO 13/05/87	
9 - NOME DO PACIENTE Laionete Luciano da Silva 11 - SEXO Masc. ☒ Fem. ☐	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Marina Rita da Silva Luciano 13 - TELEFONE DE CONTATO	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) Rua Ezequiel Soares DDO	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA São José do Belmonte 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
17 - UF PE 18 - CEP	
19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO Tem m cluun art Qm nebauro	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL 1) 2) 3) m cluun @ 22 - CID. 10 PRINCIPAL S42.0	
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO 24 - CID. 10 SECUNDÁRIO	
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 1) 2) 3) m cluun @ 27 - COD. DO PROCEDIMENTO 04.08.01.0223	
28 - CLÍNICA 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 30 - DOCUMENTO () CNS () CPF	
31 - N.º DO CUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE Dr. Eberstone Silva Ortopedia / Traumatologia CRM: 15.122 CEM - Fone: 9.9916-0112 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/04/19	
34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 38 - CNPJ DA SEGURADORA EXCELSIOR SEGUROS 39 - Nº DO BILHETE 40 - SÉRIE 41 - CNAL DA EMPRESA 42 - CBOH 43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 44 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO 15 AGO. 2019 45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO SEGUROS	
46 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 30/11/19 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 261910747730-5 MOTIVO DA ALTA: mcl. 2020	
50 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletivo 51 - DATA DA INTERNAÇÃO: 24/04/19 52 - DATA DA ALTA: 25/04/19	



**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AA38 - Santo Antônio - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 e-mail: cl184@hotmmail.com

CLÍNICA**CIRURGICA**

Data do Atendimento: 24/04/2019	Prontuario: 00043826	Registro: 00092200	Convênio: SUS INTERNACAO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: HARIMATE LACERDA DA SILVA			
Data Nascimento: 13/05/1987	Idade: 31 Anos, 11 Meses	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade:	Nacionalidade:
Filiação: Pai: EDMILSON GONCALO DE LACERDA		Mãe: MARIA RITA DA SILVA LACERDA	
Endereço: EUCLIDES NOVAES			Nº 18
Bairro: VILA DELMIRO	Cidade: SAO JOSE DO BELMONTE	Estado: PE	Telefone: 999476640
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidentado Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []			
Suicídio [] Casual [] Outros []			
Nome do Acompanhante:			Telefone para Contato:
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS			
TRAUMA NA CLAVICULA			
Diagnóstico Inicial: FRATURA DA CLAVICULA			
S.A.D.T			
EXCELSIOR SEGUROS			
15 AGO. 2019			
Diagnóstico Final: O MESMO			
SEGURO DPVAT			
Data do Atendimento: Data do Atendimento:			
Melhorada []	Decisão Médica []	Data do Internamento: 24/04/2019	
Inalterado []	Alta a Pedido []	Data da Alta: 25/04/19	
Piorado []	Transferência []	CEM - Fone: 0112	
Óbito+48h []	Evasão []	Médico Responsável	
Óbito-48h []	Indisciplina []		
Óbito em ____/____/____		Hora: ____:____:____	

GDS - Genyus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

Data:	Início:	Término:
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:
		Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA

- ASSCPSIA

- CUMATUD

- SOWNA

- OI RIO METALICO 2150 2.0

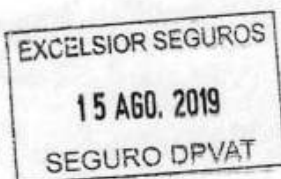
EXCELSIOR SEGUROS

15 AGO. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura do Cirurgião





EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROSA DE MENDES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6870802 SDS PE

CPF
051.394.744-25

DATA NASCIMENTO
29/08/1983

FUNÇÃO
ARCELO FERREIRA DA SILVA
MARIA JOSE DE MENDES SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
04935894409

VALIDADE
10/11/2019

HABILITAÇÃO
06/05/2010

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
19/11/2014

Assinatura do Emissor

4701184458
PRO63050153

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1017067334

PRÓTIPO PLASTIFICAR
1017067334



DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES
661 A
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP: 56.903.480



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



DA 00275754 9 BR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481479 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HARIMATE LACERDA DA SILVA **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 04 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Procuração

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

1. Outorgante Maximati Lacerda da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 7.350.840, expedido por SDS-PE, em

16/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 079.329.154-22, residente na

Euclides no Vento, nº 18

complemento Casa, Bairro Água Delimada, cidade

São José do Belmonte, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

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

Serra Talhada 18 de 06 de 2019

Outorgante X Maximati Lacerda da Silva 

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 30311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de MAXIMATI LACERDA DA SILVA. Dou Fé. Serra Talhada, PE, em 18 de Junho de 2019. () da verdade () Reginaldo Anísio da Silva-Titular () Maria Lúcia de Sousa-Substituta. Emol-R\$ 5,19. TSNR-R\$ 0,80. EERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.KDG05201902.00312 18/06/2019 15:24:00
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 187.093.384-20

EXCELSIOR SEGUROS
15 AGO. 2019
SEGURO DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280323/19

Número do Sinistro: 3190481479

Vítima: HARIMATE LACERDA DA SILVA

CPF: 079.329.154-22

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HARIMATE LACERDA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

HARIMATE LACERDA DA SILVA : 079.329.154-22

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/08/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

