



Número: **0063634-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72337052	10/12/2020 15:38	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, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344071

Vítima: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

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, contados 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,

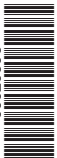
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16164174

Pag. 01211/01212 - carta_01 - INVALIDEZ

00020606





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, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344071

Vítima: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000003017**

Conta: **0000075070-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



Seguradora LIDER
Prestadora de Seguros DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 026.639.074-99 4 - Nome completo da vítima: Ricardo Francisco 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: Ricardo Francisco da Silva 6 - CPF: 026.639.074-99
7 - Profissão: Caro 8 - Endereço: Rua Pedro Álvares Cabral 9 - Número: 100 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Penedo 12 - Cidade: São Lourenço da Mata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.000-00
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD) (81) 99114014

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3017 CONTA: 75070 3
(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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) (al nasco)? ☐ 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 - NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Lourenço da Mata 17 de Setembro 2020
Ricardo Francisco da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0128001188**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2020** às **14:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/6/2020** às **09:40**

Fato ocorrido no endereço: **SÃO LOURENÇO DA MATA, 01, AV. PRINCIPAL, CAPIBARIBE, PROX AO POSTO IPIRANGA** - Bairro: **CENTRO - SÃO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54735-784**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO (AUTOR / AGENTE)
MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA DOS SANTOS (NOTICIANTE)
RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVÍDUO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

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

MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**
Mãe: **SEVERINA ANA DO NASCIMENTO FERREIRA** Pai: **JOSE DE MELO FERREIRA** Data de Nascimento: **22/6/1978**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6227388-5DS/PE (RG)** Profissão: **OUTRAS**
PROFISSOES
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 100, PENEDO. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA SOCORRO SILVA DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **4/11/1977**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, 01, RUA PEDRO ALVARES CABRAL, 100, PENEDO. - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SÃO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PFA3202** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **INDIVÍDUO**, que está em posse do(a) Sr(a) **INDIVÍDUO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PQZ5478** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

RELATA A NOTICIANTE QUE NA DATA CITADA, O SEU MARIDO ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DE PLACA: PFA3202, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA PQZ5478, ENTROU REPENTINAMENTE NA VIA EM QUE O MESMO ESTAVA, CAUSANDO ASSIM A COLISÃO ENTRE OS VEÍCULOS. AFIRMA QUE SEU MARIDO SOFREU LESÃO NA REGIÃO DA CABEÇA, SENDO SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO. ACRESCENTA AINDA QUE O OUTRO ENVOLVIDO DO ACIDENTE PERMANECERU NO LOCAL ATÉ A CHEGADA DO SOCORRO.

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

MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA DOS SANTOS
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MAGNUM SANSÃO MENDES LIMA** - Matrícula: **273258-0**
(Liberado em 19/06/2020 às 14:56)



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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

026.639.074-99 Ricardo Francisco 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:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que 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.
- Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
- Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no 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) nascido(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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Lourenço do Mato 17 de Junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000291 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). MARTA MARIA DO NASCIMENTO FERREIRA, 42 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 6227388 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 038.664.094-78, residente à RUA PEDRO ALVES CABRAL, nº 100, , PENEDO, SAO LOURENÇO DA MATA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/06/2020, por volta das 10:00 hs, no endereço: AV DR BELMIRO CORREIA, XXX, CAPIBARIBE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) COLISÃO ENTRE VEÍCULOS, envolvendo ONIX, PRATA, PGZ 5478 PE; HONDA FAN, ROXA, PFA 3202 PE; , no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS, inscrito sob o CPF nº 026.639.074-99 e Registro Geral ° 5368154, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT BM 940464-3 GEORGE. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1723825. Ficou aos cuidados do médico PAULO M. DE BARROS, registro 23303. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 24/09/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000291

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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:	05/10/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000075070-3

Nr. da Autenticação A96B854040D25497



<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA </div>		
<p>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93</p>	 <p>CELPE www.celpe.com.br</p>	<p style="text-align: right;">Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599</p> <p style="text-align: right;">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</p>

DADOS DO CLIENTE RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS PX AO COLEGIO CLODOALDO GOMES CPF: 026.639.074-99		DATA DE VENCIMENTO 15/09/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/09/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/09/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 123078176		CONTA CONTRATO 004002018530 Nº DO CLIENTE 2001626303 Nº DA INSTALAÇÃO 0003634759	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA PEDRO ALVARES CABRAL 100		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
PENEDO DE CIMA/SAO LOUREN O DA MATA 54715-020 SAO LOURENCO DA MATA PE		RESERVADO AO FISCO 5B90.27CE.7097.D086.8CCA.E8E5.8A1F.8A75					
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							

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL								
DESCRIÇÃO			QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)			
Consumo Ativo(kWh)-TUSD			143,00	0,46868745	67,02			
Consumo Ativo(kWh)-TE			143,00	0,36429296	52,09			
Contrib. Ilum. Pública Municipal					17,41			
ICMS Subvenção-CDE-NF 115173092-07/07/20					0,99			
Multa por atraso-NF 118994155 - 07/08/20					2,13			
Juros por atraso-NF 118994155 - 07/08/20					0,53			
Atualização IGPM-NF 118994155 - 07/08/20					1,51			
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989					0,98			
TOTAL DA FATURA					142,66			
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
119,11	25,00	29,77	119,11	1,06	1,26	119,11	4,99	5,94

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,32316000	SET 20	████████████████████ 143
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25118000	AGO 20	████████████████████ 128
		JUL 20	████████████████████ 165
		JUN 20	██████████████████ 120
		MAI 20	████████████████████ 173
		ABR 20	████████████████████ 176
		MAR 20	██████████████████ 119
		FEV 20	██████████████████ 118
		JAN 20	████████████████████ 124
		DEZ 19	██████████████████ 124
		NOV 19	██████████████ 98
		OUT 19	██████████████ 103
		SET 19	██████████ 108

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	36,40	30,56	
Transmissão	5,16	4,33	
Distribuição (Celpel)	26,81	22,51	
Encargos Setoriais	5,17	4,34	
Tributos	36,96	31,03	
Perdas de Energia	8,61	7,23	
TOTAL	119,11	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003191788124	CAT	07/08/2020	1.330,00	08/09/2020	1.473,00	32	1,00000	0,00	143,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/10/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	TABATINGA	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,21					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

<p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>Pague no ponto mais perto de você! credimoveis: rua doutor luis correira de araujo 106 centro / o armazem: r. dr. pedro augusto correira de araujo 96 centro Lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês 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. Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.</p>	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEIS DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004002018530	09/2020	0,00	15/09/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS	PRONTUÁRIO: 1723852	ATENDIMENTO: 01582264
DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1977	FOI ATENDIDO EM: 18/06/2020 ÀS 10:44	
	DATA DA ALTA: 21/06/2020 ÀS 09:18	

Diagnóstico Provável:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA CZO BILATERAL, OPN, MAXILA, BLOW OUT (E).
CID: S02.5
PACIENTE NECESSITA DE 30 (TRINTA) DIAS DE REPOUSO DOMICILIAR.

Tratamento Realizado:

- 1) NO DIA 18/06/2020 REALIZADO POR DR. MAXUEL, LIMPEZA + SUTURA DE FERIMENTO EXTENSO EM FACE.
- 2) NO DIA 19/06/2020 REALIZADO POR DRA. ANA BEATRIZ, INSTALAÇÃO DE BARRA DE ERICH BEMAXLAR + REDUÇÃO INCRUENTA DE OPN + TNA.
- 3) NO DIA 21/06/2020 REALIZADO POR DR. MAXUEL, REMOÇÃO DE TNA + BMM.

Observação:

- 1) ORIENTO DIETA LÍQUIDA/PASTOSA
- 2) ORIENTO HIGIENE ORAL
- 3) ORIENTO CUIDADOS DOMICILIARES
- 4) PRESCRITO

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DR. DIRCEU NO DIA 21/07/2020 ÀS 07:00.
FAZER MARCAÇÃO COM ANTECEDÊNCIA (ACEITO ENCAIXE).
TRAZER TODOS OS EXAMES.

MAXUEL BEZERRA DA SILVA - CRM: Nº 5692020

Recife, 21 JUNHO 2020

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.





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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1680017451

	NOME RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS					
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 5368154 SSP PE					
	CPF 026.639.074-99	DATA NASCIMENTO 04/11/1977				
	FILIAÇÃO SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS MARIA SOCORRO SILVA DO S SANTOS					
	PERMISSÃO 	ACC 	CAT. HAB. AE			
Nº REGISTRO 02378096596			VALIDADE 20/08/2023		1ª HABILITAÇÃO 17/06/2002	

OBSERVAÇÕES

A
EAR

Ricardo Francisco dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL RECIFE, PE	DATA EMISSÃO 21/08/2018
 Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente	
ASSINATURA DO EMISSOR	
46296837011 PE087427010	

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1680017451



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Ricardo Francisco dos Santos		
Data do Acidente:	18.06.2020	CPF da vítima:	026.658.074-99
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de Identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IMIL (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IMIL, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de Identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovarantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receitaário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de Identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Morte = R\$ 13.500,00
 Invalidiz Permanente = até R\$ 13.500,00
 Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.segundoridader.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	18.06.2020
Nome:	Ricardo Francisco dos Santos
Assinatura:	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271444/20

Vítima: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

CPF: 026.639.074-99

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 18/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS : 026.639.074-99

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: 24/09/2020
Nome: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS
CPF: 026.639.074-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS

RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200344071 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO FRANCISCO DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/06/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

