



Número: **0000045-38.2020.8.17.2270**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Unica da Comarca de Betânia**

Última distribuição : **23/07/2020**

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	
FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72756235	18/12/2020 12:05	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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423158

Vítima: FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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. 00295/00296 - carta_03 - INVALIDEZ

00070148



Carta nº 14552631





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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423158

Vítima: FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANKLY HENRIQUE FERREIRA 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, 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 1453978

Pag. 00491/00492 - carta_01 - INVALIDEZ

00030246





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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190423158

Vítima: FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Data do Acidente: 05/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00197/00198 - carta_04 - INVALIDEZ

00060099



Carta nº 14617078



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	121.584.644-45	Frankly Henrique Ferreira Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Frankly Henrique Ferreira Santos	121.584.644-45	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	9V Afônio Feitosa	2
Bairro:	Cidade:	CEP:
Alto Boavista	Barcelos	56640-000
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	PE	84-9634-4904

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0914	CONTA: 36186	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.

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 13/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Frankly Henrique Ferreira Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

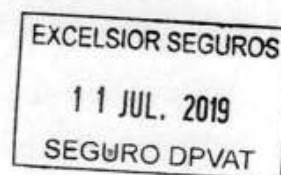
1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS
Assinatura
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



28/05/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 159ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUSTÓDIA - DP159ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0249000652**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/05/2019** às **11:43**

Complementa o BO Número: **19E0249000446**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **5/5/2017** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FERRAZ, 1** - Bairro: **CENTRO** -
BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CRISTOVAO JOSE DE MOURA (OUTRO)
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

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

FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALEXSANDRA FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **24/2/1997** Naturalidade: **BETANIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9300555/SDS/PE (RG), 06569982523 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **TRAVESSA AFITONIO FEITOSA, 2 - CEP: 0 - Bairro: ALTO BOM JESUS - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

CRISTOVAO JOSE DE MOURA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: . Cargo do Representante: . Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: . Telefone de Contato: .

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTOVAO JOSE DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

53,36/pernambuco/visualizaBO.do?IdUn=249&IdOc=7815364&proBO=19E0249000652&tipo=simples&nstPrincipal=ACIDENTE DE TR...

1/2



28/05/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Placa: **PE1.6014** (PERNAMBUCO/BETÂNIA) Renavam: **460094343** Chassi: **9C2KC1670CR477076**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

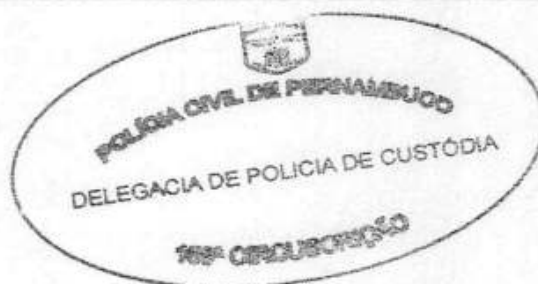
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA A VÍTIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NA DATA INFORMADA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA SENTIDO BETÂNIA AO POVOADO DO REMÉDIO, QUANDO EM UMA CURVA, DEVIDO A VELOCIDADE E OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO SOLO. QUE, MATEUS FERRAZ CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO CITADO FOI QUEM LHE PRESTOU SOCORRO. QUE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE BETÂNIA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU.

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

Frankly Henrique Ferreira Santos
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **LISABE BEZERRA DO NASCIMENTO** - Matrícula: **208254-3**





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CUSTÓDIA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 159ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUSTÓDIA - DP159ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0249000213**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2019** às **10:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/4/2017** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FERRAZ, 1** - Bairro: **CENTRO** -
BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

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

FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALEXSANDRA FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **24/2/1997** Naturalidade: **BETANIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9300555/SDS/PE (RG), 06569982523 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **TRAVESSA AFITONIO FEITOSA, 2 - CEP: 0** - Bairro: **ALTO BOM JESUS** -
BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEL6014** (PERNAMBUCO/BETANIA) Renavam: **460094343** Chassi: **9C2KC1670CR477076**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

Complemento / Observação

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

21/02/2019 10:29



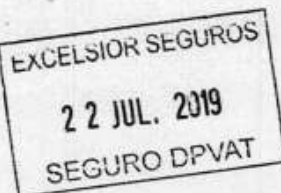
COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA A VÍTIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NA DATA INFORMADA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA SENTIDO BETÂNIA AO POVOADO DO REMÉDIO, QUANDO EM UMA CURVA, DEVIDO A VELOCIDADE E OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO SOLO. QUE, MATEUS FERRAZ CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO CITADO FOI QUEM LHE PRESTOU SOCORRO. QUE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE BETÂNIA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU.

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

Frankly Henrique Ferreira Santos
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Lisarb Bezerra do Nascimento* - Matrícula: 208254-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 159ª CIRCUNSCRIÇÃO - CUSTÓDIA - DP159ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0249000446**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2019** às **10:49**

Complementa o BO Número: **19E0249000213**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/4/2017** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSMAR FERRAZ, 1 - Bairro: CENTRO - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CRISTOVAO JOSE DE MOURA (OUTRO)
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**

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

FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe ALEXSANDRA FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 24/2/1997 Naturalidade: BETANIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9300555/SDS/PE (RG) 06569982523 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. Grau Completo Profissão: MECANICO Endereço Residencial: TRAVESSA ARITONIO FEITOSA, 2 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DOM JESUS - BETANIA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

CRISTOVAO JOSE DE MOURA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

file:///C:/Users/DP%20CUSTÓDIA/infopol/xml/BOEPreview.html

10/04/2019



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTOVÃO JOSE DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Ident. PELS014 (PERNAMBUCO/BETANIA) Registro: 460994343 Chassi: 9C2KC1670CR477076
Ano e fabricação/Modelo: 2011/2012

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA UNIDADE DE POLÍCIA A VÍTIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NA DATA INFORMADA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA SENTIDO BETÂNIA AO POVOADO DO REMÉDIO, QUANDO EM UMA CURVA, DEVIDO A VELOCIDADE E OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU AO SOLO. QUE, MATEUS FERRAZ CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO CITADO FOI QUEM LHE PRESTOU SOCORRO. QUE, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO DO HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE BETÂNIA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU.

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

x *Frankly Henrique Ferreira Santos*
FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS
(VITIMA)

3.2. registrado por: **LISARE BEZERRA DO NASCIMENTO** - Matrícula: 208254-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	121.584.644-45	Frankly Henrique Ferreira Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Frankly Henrique Ferreira Santos		
Profissão:	Endereço:	CPF:
Agricultor	9v Afetonia Feitoria	121.584.644-45
Bairro:	Cidade:	Número:
Alto Boavista	Betania	2
E-mail:	Estado:	CEP:
	PE	56640-000
		Tel.(DDD):
		83-9634-4907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0914 ☐ CONTA: 36186 ☐ 1

(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 13/03/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Frankly Henrique Ferreira Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



05/05/14



GOVERNO MUNICIPAL DE BETÂNIA-PE
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Professor Alcides Ferreira
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Identificação

Data: 05/05/14	Hora: 09:10	Nº registro
Nome: Francilene Henrique Soares S.	Idade: 20	DN: 1 1
CNS:	R.G.:	
End.:	Cidade/UF:	
Nome da mãe:	Contato:	

Sinais Vitais e Dados Antropométrico

PA:	Temperatura:	HGT:
FC:	Saturação:	Peso:

Anamnese e Exame Físico

Sofreu acidente de trânsito com carro com 9500 - quebra e contusões várias

Hipótese Diagnóstica

Politraumático

Prescrição Médica

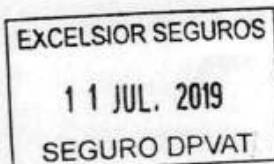
Aspirina - 100mg
S.O.S. + Paracetamol + Buscopan - 10
V.A.R. - 100mg

Destino do Paciente


Domicílio ()	Observação ()	Internado ()	Transferido ()	Evadido-se ()	Óbito ()
---------------	----------------	---------------	-----------------	----------------	-----------

Ass. Paciente ou Responsável

Dr. Luiz Carlos Souza
Médico
CRM 2067




ATENÇÃO



DADOS DO CLIENTE
JOSE FERREIRA PRIMO

CPF: 125.549.804-53

CLASSIFICAÇÃO
S1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL



operação
Serviços
CELPE

Lei 10.438, de 26/04/02
ENERGIA ELÉTRICA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 1 AFITONIO FEITOSA 2

ALTO BOA VISTA/BETANIA
BETANIA, PE
56670-000

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
052572041	UNICA	26/03/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/03/2019	2002798027	327138

CORTE CONTRATO	MÊS/ANO
4008827252	02/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PRELIMINAR
08/03/2019	28/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) **73,11**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	91,0000000	0,73479853	66,86
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,75
ICMS Subvenção-CDE-Nº 044881780-29/12/18			0,50
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3821-1542			2,00

TOTAL DA FATURA 73,11

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
318187104	CAT	26-01-2019	3.666,00	26-02-2019	3.666,00	30	1,00000		91,00

Evolução do Consumo		Informações de Tributos		Composição do Consumo	
Mês/Ano (R\$)		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
FEV 19 91		ICMS	65,28	25,00	18,71
JAN 19 91		PIS	66,96	0,71	0,47
DEZ 18 92		COFINS	66,96	7,31	2,01
NOV 18 90					
OUT 18 63					
SET 18 75					
AUG 18 63					
Jul 18 73					
JUN 18 77					
Mai 18 83					
ABR 18 83					
MAR 18 89					
FEV 18 84					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais longo de validade do contrato, mas não mais de 15 dias após a emissão da nota fiscal. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição e a leitura da energia elétrica. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição e a leitura da energia elétrica. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição e a leitura da energia elétrica.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE			
Vencido	Debitado	Valor	
21/03/15	29/03/15	28,73	

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT





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, Pernambuco - CEP: 50050-902
CNPJ: 10.939.932/0001-08 (Insc. Est. 0005943-03) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA APARECIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 130

CPF: 368.710.354-15

IPSE: SERRA TALHAÇA
SERRA TALHAÇA PE
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO 2278078019
MÊS 03/2019
DATA DE VENCIMENTO 02/04/2019
DATA PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA 25/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 64,50

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
055556611	UNICA	29/03/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/03/2019	000136769	3672821

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
80,3000000	0,75203204	(60,29)
		3,58
		0,78
		0,88

Consumo Ativo (kWh)
Contrib. Lum. Pública Municipal
ICMS Subvenção CDE-UF 048913556-25/01/19
PRO-CRANCA (06/13412-8960/0600 03/1/19/19)

TOTAL DA FATURA

64,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº DE	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)		
200218219	CAF	22000000	1847330	24000000	1850000	0	10000		80,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano	Consumo (kWh)		Base de Cálculo	%	Valor (R\$)	Descrição do Consumo	R\$	%
MAR 18 180			80,30	25,00	15,05	Encargos de Energia	15,05	10,00%
FEV 18 117			80,30	1,01	0,60	Encargos de Energia	0,60	0,93%
JAN 18 124			80,30	1,01	0,60	Distribuição (Celpe)	12,30	19,06%
DEZ 18 94			80,30	4,00	2,81	Perdas de Energia	4,07	6,30%
NOV 18 292						Encargos de Energia	15,05	10,00%
OCT 18 343						Encargos de Energia	15,05	10,00%
SET 18 287						Encargos de Energia	15,05	10,00%
AUG 18 260						Encargos de Energia	15,05	10,00%
JUL 18 254						Encargos de Energia	15,05	10,00%
JUN 18 276						Encargos de Energia	15,05	10,00%
MAY 18 284						Encargos de Energia	15,05	10,00%
ABR 18 284						Encargos de Energia	15,05	10,00%
MAR 18 272						Encargos de Energia	15,05	10,00%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagador no boleto tem direito de receber tarifa social econômica. Para isso, é necessário que o cliente esteja em situação regular perante a Companhia Energética de Pernambuco (Celpe) e que o consumo não ultrapasse o limite estabelecido no Regulamento Tarifário. O cliente deve estar em situação regular perante a Companhia Energética de Pernambuco (Celpe) e que o consumo não ultrapasse o limite estabelecido no Regulamento Tarifário. O cliente deve estar em situação regular perante a Companhia Energética de Pernambuco (Celpe) e que o consumo não ultrapasse o limite estabelecido no Regulamento Tarifário.

As informações gerais de atendimento (horário de atendimento, endereço, telefone, e-mail, site) estão disponíveis no site da Companhia Energética de Pernambuco (Celpe) e no aplicativo Celpe App.

BOMBA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
DESCRIÇÃO	VALOR APLICADO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIC	0,08	6,43	10,88	21,75	220	202	231
FIC	1,20	3,20	0,50	13,20			
DMC	0,08	3,11	0,00	2,50			

LIMITE DCM: 10,00
LIMITE FIC: 10,00
LIMITE DMC: 10,00

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT





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 051.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Frankly Henrique Ferreira Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.584.644/45

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Frankly Henrique Ferreira Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.584.644/45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Uva</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56912-130</u>	Tel.(DDD): <u>879634-4907</u>

Local e Data: Serra Talhada 03/10/2019

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

DLDR.001 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

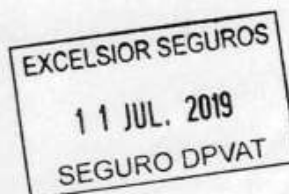
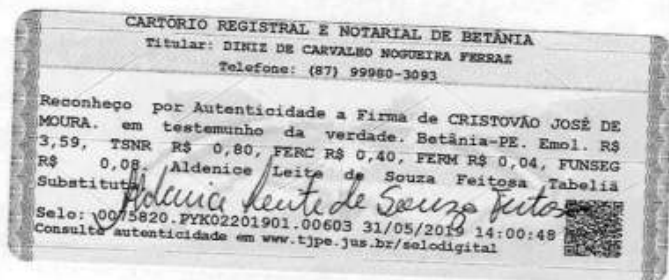
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Cristovão José de Moura,
RG nº 9.050.991, data de expedição 12/04/2013
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 109.726.424-63,
com domicílio na cidade de Betânia, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PC Bandeira, nº 78,
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
Frankyly Henrique Ferreira Santos, cujo o condutor era
Frankyly Henrique Ferreira Santos.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda / CG 150 FANES Ano: 2011
Placa: PEL 6014 Chassi: 9C2 KC1670 CR474076
Data do Acidente: 05/05/2014

Local e Data: Serra Talhada 13/03/2019

Cristovão José de Moura
Assinatura do Declarante

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



05/05/14



GOVERNO MUNICIPAL DE BETÂNIA-PE
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Professor Alcides Ferreira
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Identificação

Data: 05/05/14	Hora: 09:10	Nº registro
Nome: Francisco Henrique Soares S.	Idade: 20	DN: 1 1
CNS:	R.G.:	
End.:	Cidade/UF:	
Nome da mãe:	Contato:	

Sinais Vitais e Dados Antropométrico			
PA:	Temperatura:	HGT:	
FC:	Saturação:	Peso:	

Anamnese e Exame Físico

Sofreu acidente de moto e virou com peso - mãos e contusões várias

Hipótese Diagnóstica

Politraumático

Prescrição Médica

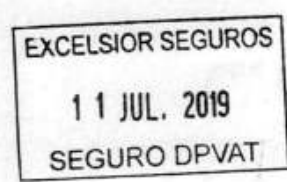
Paracetamol - 1g
S.S.V. + Plavix + Buscopan - 1g
VAT K - 1g

Destino do Paciente

Domicílio ()	Observação ()	Internado ()	Transferido ()	Evadiu-se ()	Óbito ()
---------------	----------------	---------------	-----------------	---------------	-----------

Ass. Paciente ou Responsável

[Assinatura]
Médico
CRM 2067



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Frankyly Henrique F. Santos
297792

Prontuário: _____

Data: 07/05/17 Hora: 17:23

DIAGNÓSTICO:

Fratura de zygoma (D)

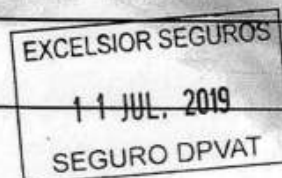
AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retornar ao ambulatório do Dr. Marcelo
Faleiro, dia 19/05/17, às 06:20 horas

Dr. Marcelo 7h 19/05/17

TRATAMENTO REALIZADO:

Tratamento conservador



Alta Hospitalar: Data: 12/05/17 Hora: 08:22

Dr. Petros Fernandes Pessoa
Cirurgia e Odontologia
Buco-Maxilo-Facial

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



PROIBIDO PLASTIFICAR

1421437986

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1421437986

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
DEVE SER USADO EM TODOS OS VEÍCULOS AUTOMOTORES

JOSE NAUÍLIO DE
VAGOCERES SANTOS
ALEXANDRA PEREIRA
DA SILVA

CPF: 9300355-88
RG: 121.504.644-45
DATA NASCIMENTO: 24/02/1997

DATA EMISSÃO: 07/03/2017

PERNAMBUCO

06430030683
78070199883

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS

11 JUL. 2019

SEGURO DPVAT



PROIBIDO PLASTIFICAR

1017067334



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1017067334



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423158 **Cidade:** Betânia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANKYLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS **Data do acidente:** 05/05/2017 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

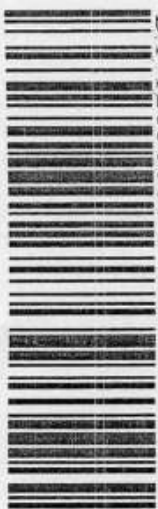
50.030.000



Correios

☐ AR ☐ MP

SEDEX



DY 12830066 5 BR

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT



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

EXCELSIOR SEGUROS
11 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

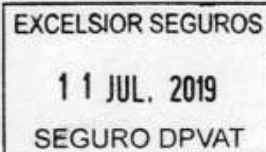


DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 02 de 07 de 2019

X Francely Henrique Ferreira Santos



Procuração

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

1. Outorgante Frankly Henrique Ferreira Santos

portador(a) do documento de identidade nº 9300555, expedido por SDS-PE, em

07/03/2017, inscrito no CPF sob o nº 121.584.644-45, residente na

TV 1 Afônio Feitosa, nº 2

complemento Ursa, Bairro Alto Boa Vista, cidade

Betânia, 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

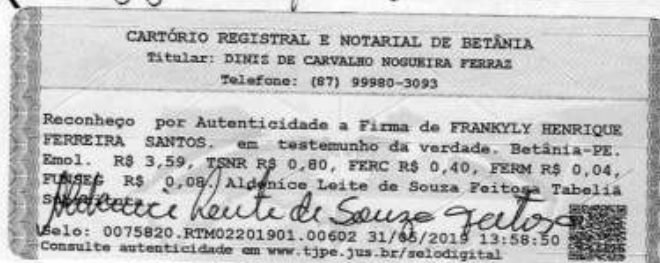
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

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 13 de 03 de 2019

Outorgante Frankly Henrique Ferreira Santos



EXCELSIOR SEGURO

11 JUL. 2019

SEGURO DPVA

Invalido 05/05/2017



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234527/19

Número do Sinistro: 3190423158

Vítima: FRANKLY HENRIQUE FERREIRA SANTOS

CPF: 121.584.644-45

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANKLY HENRIQUE
FERREIRA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 22/07/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

