



Número: **0078299-56.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/12/2020**

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
<b>ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA (AUTOR)</b>	<b>GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)</b>	
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73589 296	15/01/2021 10:02	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



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

---

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190490416      Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Data do Acidente: 15/10/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Pag. 01671/01672 - carta\_32 - INVALIDEZ



00010836

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

Carta nº 14748627



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:02:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510024921500000072132502>  
Número do documento: 21011510024921500000072132502

Num. 73589296 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

### Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190490416

## Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

Data do Acidente: 15/10/2018

#### **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA**

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 n° 14893983



220 00377/00378 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:02:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510024921500000072132502>  
Número do documento: 21011510024921500000072132502

Núm. 73589296 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190490416 Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

**Data do Acidente: 15/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a). ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente



Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15553483



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:02:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510024921500000072132502>  
Número do documento: 21011510024921500000072132502

Núm. 73589296 - Pág. 3



# 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: **094.085.344-02** 3 - CPF da vítima: **094.085.344-02** 4 - Nome completo da vítima: **ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA**

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

5 - Nome completo:	<b>ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA</b>	6 - CPF:	<b>094.085.344-02</b>
7 - Profissão:	<b>ADM DANTES - BISTRIOS R - DUMONTE</b>	8 - Endereço:	9 - Número: <b>1432</b> 10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro:	<b>MORRO DA CONCEIÇÃO</b>	12 - Cidade: <b>RECIFE</b>	13 - Estado: <b>PE</b> 14 - CEP: <b>52280-103</b>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <b>081-987506443</b>		

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSCO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **Bradesco**

AGÊNCIA: **3206** CONTA: **0477098** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **3206** CONTA: **0477098** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

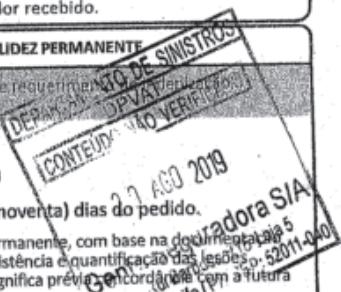
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (malnascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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,

*X Rogerio do Nascentes Santana*

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

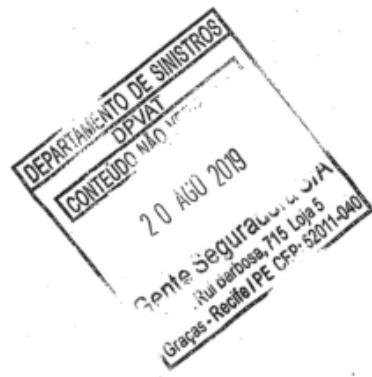
-

-

-

-

-



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:02:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510024921500000072132502>  
Número do documento: 21011510024921500000072132502

Num. 73589296 - Pág. 5

2 de 2

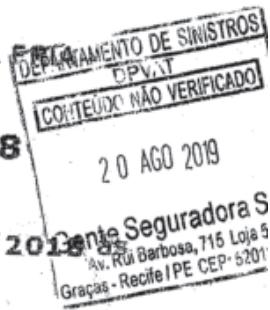
19/11/2018 12



542442  
0286956/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA  
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0106002998



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/11/2018 às 12:33

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 16/10/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **RUA CANTORA DALVA DE OLIVEIRA, 1 - Bairro: PORTO DA MADEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): DESCONHECIDO**

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

**ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mae: SONIA MARIA R. DO N SANTANA Data de Nascimento: 2/8/1978 Naturalidade:  
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU  
COMPLETO Profissão: ADMINISTRADOR(A)  
Endereço Residencial: BAIRRO DE MORRO DA CONCEICAO (BAIRRO), 1432, RUA DO MONT  
- CEP: 56000-000 - Bairro: MORRO DA CONCEICAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:  
DESCONHECIDO**

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

**VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO , que estava em posse  
do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/RENAULT/LOGAN Objeto apreendido: Não  
Cor: PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE)**

Placa: **PZQ3731 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Complemento / Observação



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/.infopol/xml/BOEPreview..

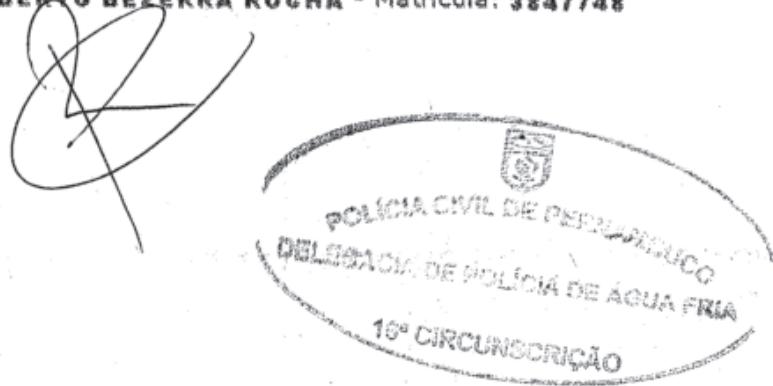
**QUE O DECLARANTE CAMINHAVA NA MARGEM DO RUA SUPRACITADA, QUANDO O VEÍCULO EM TELA O ATROPELOU. QUE FORA JOGANDO AO CHÃO COM TRAUMA NA Perna ESQUERDA, EM SEGUIDA SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO., DEPOIS AO HOSPITAL HAPVIDA DO ESPINHEIRO.**

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

*Rogerio de Nascimento Santana.*

**ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GILBERTO BEZERRA ROCHA - Matrícula: 3847748**





# 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:  
024.085.344-02 ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

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:		
ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA	024.085.344-02		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ASUDANTE - Distrito R - DUMONTE		1432	CASA
11 - Bairro:	12 - Idade:	13 - Estado:	14 - CEP:
MORRO DA CONCEIÇÃO	18	PR	52280-103
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 081-987506443		

## 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\$1.000 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: BRASILSC

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

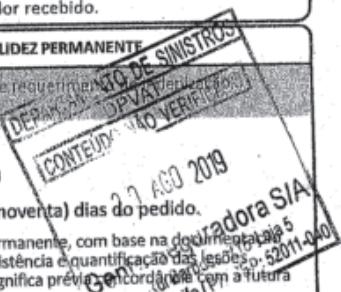
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 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 (malnascido)?  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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, *X Rogerio do Nascento Santana* 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

**CERTIDÃO**

Certidão nº 2018APH001534 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA, 40 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 5277948 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 024.085.344-02, residente à RUA DO MONT , nº 1432, , MORRO DA CONCEIÇÃO, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 15/10/2018, por volta das 07:47 hs, no endereço: RUA CANTORA DALVA DE OLIVEIRA, S/N, BEBERIBE RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL LOGAN PRATA PZG3731-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA, inscrito sob o CPF nº 024.085.344-02 e Registro Geral nº 5277948, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 704119-5 HEITOR. Foi transportado(a) para o HOSPITAL HAPVIDA ESPINHEIRO. Registrado(a) com o prontuário nº 16500796. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/11/2018

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 2018APH001534



---

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:02:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510024921500000072132502>  
Número do documento: 21011510024921500000072132502

Num. 73589296 - Pág. 9



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 50050-002  
CNPJ nº 835.902/0001-06 | Inscrição Est. 0059943-03 | www.cepe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
HERCILIA HENRIQUETÀ DE LUNA

THE WILSON JOURNAL OF ENTOMOLOGY

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA DUMONT 1432

CPF: 024 377 194-07

MORRO DA CONCEICAO/RECIFE  
RECIFE/PE

**CLASSIFICAÇÃO**  
**B1 RESIDENCIAL**

RESIDENCIAL

073704027	UNICA	16/08/2018
23/08/2019	PEDRO GUERRA	3132047
23/08/2019	20000804647	3132047

DATA DE VENCIMENTO  
30/08/2019  
VALOR A PAGAR R\$  
121,34

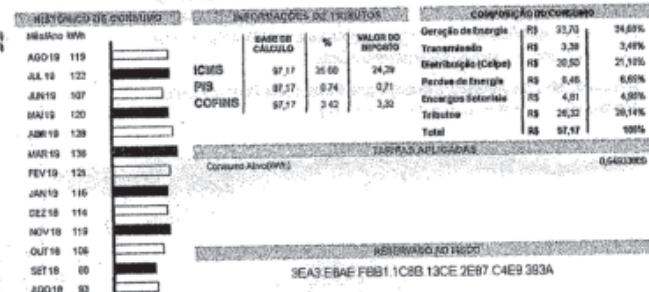
**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,1900000	0,77545112	92,42
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,17
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,59
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,45
ICMS Subvenção-CDE-NF 0881B1554-14/08/19			0,72
Doação LBV - 0800 055 5099			5,00

TOTAL DA FALTADA

Demonstrativo de consumo desta Nota Fiscal

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MÉ DE DIAS	CONSTÂNTES	AJUSTE	CONSUMO (MW)	
3502041577	CAT	140802019	999,9999	160502019	30,00	2	1,00000	34,00
018162	CAT	136702019	4.422,00	140602019	4.609,00	20	1,00000	97,00



#### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você e não corte o tempo, não fique com 24h adiante de aguardo! Fazendo seu pagamento visual ou telefônico 24h contínua, é só ligar para 0800-722-0000. Pode ser que sua loja esteja aberta ou não é Verifique! Mais informações sobre o Comprando Online Aqui ou basta ligar para 0800-722-0000, converse com o Serviço de Atendimento ao Cliente. O cliente é convidado a fazer suas compras online em sites de e-commerce autorizados ou através do site de fornecedor. Pode adquirir diretamente no site da loja ou no site de fornecedor. O valor da compra deve ser menor que R\$ 100,00. Art. 9º, § 1º, II, do PROCON RJ. O cliente é convidado a fazer suas compras online em sites de e-commerce autorizados ou através do site de fornecedor diretamente no site da loja ou no site de fornecedor. O valor da compra deve ser menor que R\$ 100,00. Art. 9º, § 1º, II, do PROCON RJ.



DURACAO E FREQUENCIA DAS INTERFERENCIAS					NIVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO	VOLUME AMPLIADO	LIMITE BIMESTRAL	LIMITE TERRESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	MÍNIMO
DIC	JAN/2016	0,00	4,05	0,91	19,82	220	202
FIC		0,00	3,17	0,35	12,70		
DSG		0,00	2,77	0,00	0,00		

Límite DCRP: 12,22 EUSG - Valor da Encargo de Uso do Sistema de Destruição = R\$ 35,50

828700000010 213400110010 118236021108 141376900435



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

24/10/2018 09:32

Paciente: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA	Dt. Nasc.: 02/08/1978	Atendimento: 16500796	Prontuário: 5694665
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300217/2	
Profissional(is): PAULO ROBERTO BAGGI PAES CRM 5057 [1]		Nº: 10853348	15/10/2018 às 09:13

### ANAMNESE

Queixa Principal	Paciente trazido pelo bombeiro, consciente e orientado , diz ter sido atropelado por carro, apresentado dor no joelho E, quadril E e coluna lombar . solicitamos RX	[1]
Queixa Principal		
CID10	S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

### EXAME FÍSICO

Aspecto Geral	Paciente trazido pelo bombeiro, consciente e orientado , diz ter sido atropelado por carro, apresentado dor no joelho E, quadril E e coluna lombar . solicitamos RX	[1]
Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?	Sim	[1]

### DIAGNÓSTICO

CID10	S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE	[1]
CID10	S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE	[1]

### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO		
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação	[1]

Paulo Roberto Baggio Paes  
Traumato-Ortopedia  
CRM: 5057 Mat. 3375



## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

### ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

24/10/2018 09:32

Paciente: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA	Dt. Nasc.: 02/08/1978	Atendimento: 16500796	Prontuário: 5694665
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300217/2	
Profissional(is): PAULO ROBERTO BAGGI PAES CRM 5057 [1]		Nº: 10855199	15/10/2018 às 11:19

### ANAMNESE

#### Queixa Principal

[1]

Visto RX= ausencia de fratura , . No joelho E , grande aumento de volume na face medial do joelho E , com provavel lesão do ligamento colateral medial

#### Queixa Principal

CID10

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

### EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

### DIAGNÓSTICO

CID10

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

CID10

S837 TRAUM DE ESTRUTURAS MULT DO JOELHO

[1]

### CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paulo Roberto Baggi Paes  
Traumato - Ortopedia  
CRM: 5057 / Mat. 3370





## JUS RECEITUÁRIO

Secretaria de Saúde do Recife



PREFEITURA DO  
**RECIFE**

Unidade de Saúde: Upinha ACS Maria Nísia Góis Silva  
Rua Córrego do Euclides s/n  
Distrito Sanitário VII - Distrito Sanitário VII

Nome: \_\_\_\_\_

Registro Nº \_\_\_\_\_

Cartão SUS Nº \_\_\_\_\_  
20 AGO 2019

Nome: \_\_\_\_\_  
Raúlio Melo

Paciente fôlegos duros,\_\_\_\_\_ No momento sentiu-se farto  
nos, \_\_\_\_\_ sofreu ocorrência, \_\_\_\_\_ foi atropelado  
no dia 15/10/10, onde foi  
atringido principalmente nos fôlegos.  
Expendeu, fez amarram: avivencia leva  
em corpo e cor no motivo do menor  
maior que extensão a superfície engrav +  
edema eli pleno colapso + edema da agressão  
permanece catetos de Hoffer e Gattino, val  
em 12/10/10 (49). Apresentando -nº 9 cintura  
empotabilizada de trânsito \_\_\_\_\_  
Data: 29/02/2021 \_\_\_\_\_





NOME:

Rogério do Nascimento Souto

Laudo Médico

Paciente com lesão em joelho E 010 n23,2  
encontra-se de alta definitiva.

08/08/19

João Paulo Lafayette  
Traumatologia - Ortopedia  
CRM - 17.461

RECIFE,



Hapclínica Recife - Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,  
Fone: (81) 3217.4200



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:02:49  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510024921500000072132502>  
Número do documento: 21011510024921500000072132502

Num. 73589296 - Pág. 14

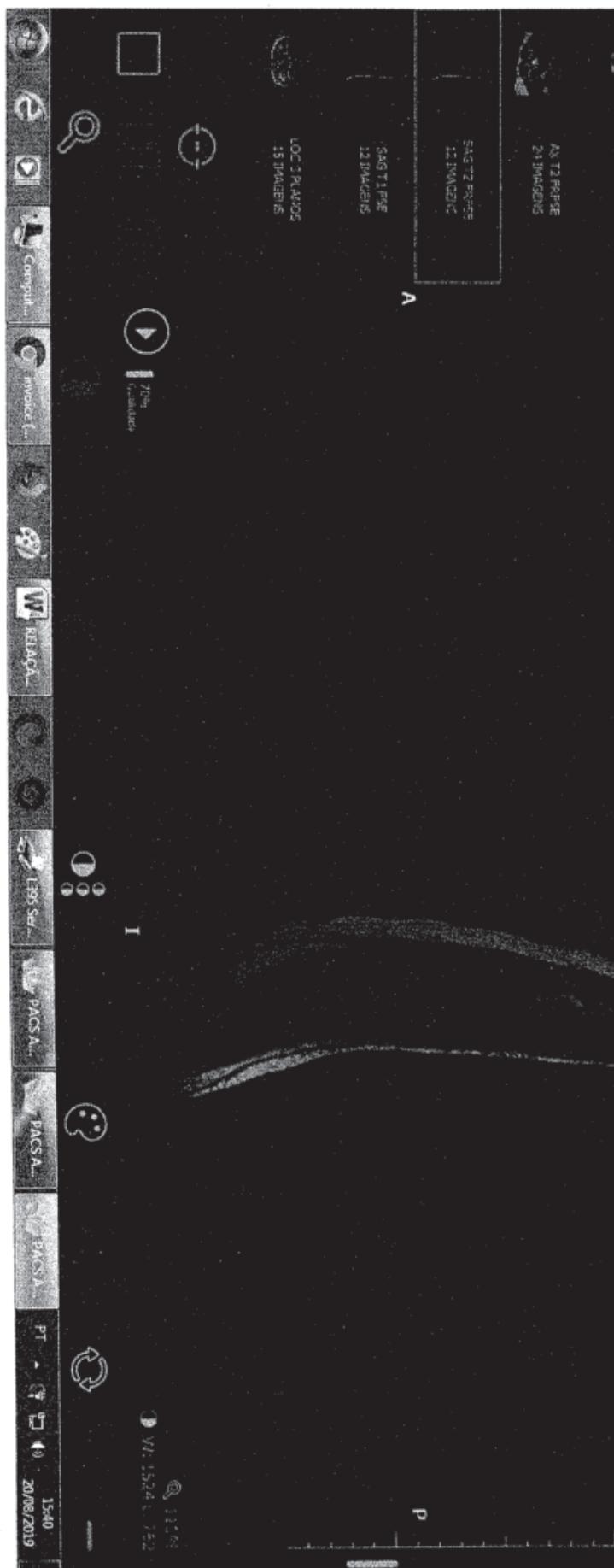
ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

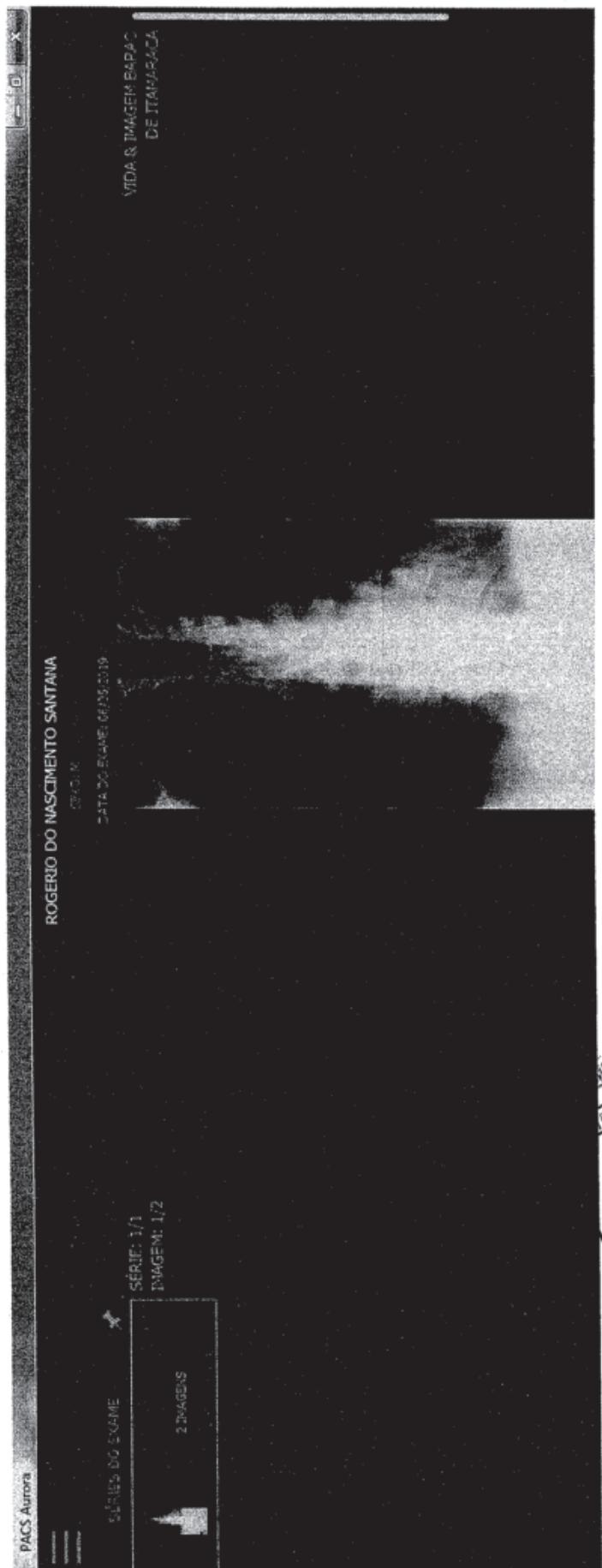
DATA DO EXAME: 27/12/2018 DEPARTAMENTO: COLETO-OPAQUE

HOSPITAL DA SAÚDE  
LEITESAG T2 PRESE  
SERIE: 4/6  
12 IMAGENS  
IMAGEM: 6/12SAG T2 PRESE  
SERIE: 4/6  
12 IMAGENS  
IMAGEM: 6/12CAL SPINEARRAY\_34  
96 IMAGENSSAG T2 PRESE  
SERIE: 4/6  
12 IMAGENSSAG T2 PRESE  
SERIE: 4/6  
12 IMAGENS

A

P

SAG T1 PRESE  
12 IMAGENSLOCFARADOS  
15 IMAGENS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:02:49  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510024921500000072132502  
Número do documento: 21011510024921500000072132502

Num. 73589296 - Pág. 16



VIDA S. INGEMERG  
DE TITULOS



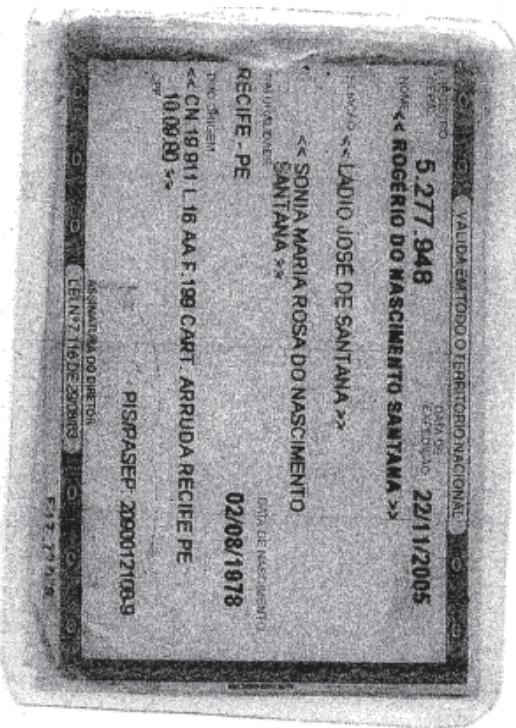
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:02:49  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510024921500000072132502>  
Número do documento: 21011510024921500000072132502

Num. 73589296 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:02:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510024921500000072132502>  
Número do documento: 21011510024921500000072132502

Num. 73589296 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 10:02:49  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011510024921500000072132502>  
Número do documento: 21011510024921500000072132502

Num. 73589296 - Pág. 20

# DECLARAÇÃO

Venho por meio informar  
Que não existe mais documentação médica  
A se apresentar.

Por isso me disponho à realização de perícia médica caso seja solicitado pela seguradora.

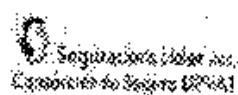
Eu Rogerio da Nasciemento Santana  
Portador do RG 5.277.948 e CPF 024.085.344-02

Rogerio da Nasciemento Santana.

Assinatura da vítima



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286956/19

Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

CPF: 024.085.344-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/10/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Titular do CPF: ROGERIO DO  
NASCIMENTO SANTANA

### DOCUMENTOS ENTREGUEIS

#### Sinistro

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

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA : 024.085.344-02

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência



### 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.dpvatsaude.com.br](http://www.dpvatsaude.com.br) ou ligue: 0800-02221204.
- 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 9.434 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em original, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega pelo meio de e-mail ou cartório e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no arquivo sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2019  
Nome: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA  
CPF: 024.085.344-02

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190490416 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ROGERIO DO NASCIMENTO Data do acidente: 15/10/2018 Seguradora: CENTAURO VIDA E  
SANTANA PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO ESQUERDO COM PROVÁVEL LESÃO LIGAMENTAR P2

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento: RELATÓRIO MÉDICO, LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO  
faltante: CIRÚRGICO

Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO DA PÁGINA 4 COM ALTA DEFINITIVA EM 08/08/2019.  
RELATÓRIO MÉDICO DA PÁGINA 3 INFORMA CIRURGIA EM 12/07/2019:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286956/19

**Vítima:** ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

**CPF:** 024.085.344-02

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/10/2018

**Titular do CPF:** ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA : 024.085.344-02**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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](http://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: 20/08/2019  
Nome: ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA  
CPF: 024.085.344-02

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ROGERIO DO NASCIMENTO SANTANA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

