



Número: **0001585-22.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **09/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
V. L. A. L. (AUTOR)	VALDEIR PEREIRA LIMA (REPRESENTANTE) ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
74050 990	25/01/2021 15:23	ANEXO 1



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

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200292341 Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 08/05/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDEIR PEREIRA LIMA

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° 16042345



Pág. 01639/01640 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:23:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101251523410660000072581762>
Número do documento: 2101251523410660000072581762

Núm. 74050990 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200292341 Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 08/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALDEIR PEREIRA LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0092/1/00922 - carta_02 - INVALIDEZ



00040461

Carta nº 16054718



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:23:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515234106600000072581762>
Número do documento: 21012515234106600000072581762

Num. 74050990 - Pág. 2



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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
154.832.654-24 Vitoria Lanissa Araujo Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: VIRGULINO FERREIRA	9 - Número: 1336	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: COHAB	12 - Cidade: SENNA LEIGHADA	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56.900-000
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): (82) 9999-1472	

DADOS CADASTRAIS

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: **VALDEIR PEREIRA LIMA**18 - CPF do Representante Legal: **882.204.434-78** 19 - Profissão do Representante Legal: **ONCLEIRO**

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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 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 (257) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)AGÊNCIA: **014** CONTA: **79157** Q

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

[Informar o dígito se existir] [Informar o dígito se existir]

Autorize a Seguradora Líder a creditar a minha 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 de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, estando validamente comprovada, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado /
CIV. de vítima: Solteiro Casado (não Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo24 - 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 Não29 - Se tinha filhos, informar
Falecidos:30 - Vítima deixou
falecidos (não viúva)? Sim Não31 - Vítima
teve irmãos? Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos: Sim Não33 - Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 o rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

SENNA LEIGHADA - PE 02/08/2020

x Valdeir Pereira Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizado com CamScanner





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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
154.832.654-24 Vitoria Lanissa Araujo Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: VIRGULINO FERREIRA	9 - Número: 1336	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: COHAB	12 - Cidade: SENNA LEIGHADA	13 - Estado: PI	14 - CEP: 66.900-000
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): (99) 9999-1472	

DADOS CADASTRAIS

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: **VALDEIR PEREIRA LIMA**18 - CPF do Representante Legal: **882.204.434-78** 19 - Profissão do Representante Legal: **ONCLEIRO**

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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 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 (257) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)AGÊNCIA: **014** CONTA: **79157** Q

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

[Informar o dígito se existir] [Informar o dígito se existir]

Autorize a Seguradora Líder a creditar a minha 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 de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, estando validamente comprovada, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado /
CIV. de vítima: Solteiro Casado (não Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo24 - 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 Não29 - Se tinha filhos, informar
Falecidos:30 - Vítima deixou
falecidos (não viúva)? Sim Não31 - Vítima
teve irmãos? Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:33 - Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

35 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

SENNA LEIGHADA - PE 02/08/2020

x Valdeir Pereira Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ºCIRC
DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0267002494

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/08/2020 às 12:15**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia
8/5/2020 às 20:40

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO GOMES DE LUCENA, 1 - Bairro: SAO CRISTOVAO -
SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CASAS BANDEIRANTES**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA (OUTRO)
VALDEIR PEREIRA LIMA (VITIMA)
VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

VALDEIR PEREIRA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALAIDE RODRIGUES DE LIMA** Pai:
MANOEL PEREIRA LIMA Data de Nascimento: **14/5/1974** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO /
BRASIL** Documentos: **1801058/SSP/PB (RG), 88220443472 (CPF), 0148801713 (CNH)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PINTOR(A)** Telefones Celulares:
- 96233454

Endereço Residencial: **RUA VIRGOLINO FERREIRA DA SILVA, 1326 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA
TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **RUA VIRGOLINO FERREIRA DA SILVA, 0, OFICINA SÃO JORGE - CEP: 0 - Bairro: COHAB -
SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CLAUDECIA
ARAUJO DA SILVA** Pai: **VALDEIR PEREIRA LIMA** Data de Nascimento: **17/2/2007** Naturalidade: **SERRA TALHADA /
PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15483265424 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU
INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA VIRGOLINO FERREIRA DA SILVA, 1326 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA
TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO
INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDEIR PEREIRA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **DYN2991** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **930415280** Chassi: **9C6YG017070055872**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SR. VALDEIR PEREIRA LIMA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO DESLOCAVA-SE PELA AV. JOÃO GOMES DE LUCENA, NO SENTIDO SERRA TALHADA/RECIFE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCrita NESTE BOE., E LEVAVA CONSIGO COMO CARONA, A SUA FILHA A ADOLESCENTE VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA. INFORMOU O SR. QUE REDUZIU A VELOCIDADE, FOI PARA O ACOSTAMENTO, VERIFICOU QUE NÃO VINHA NENHUM VEÍCULO E FEZ A CONVERSÃO A ESQUERDA EM DIREÇÃO A BAIRRO COHAB, NESSE MOMENTO FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO, QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO QUE O SEU, PROVAVELMENTE COM OS FAROIS APAGADOS, O ARREMESSANDO PARA O ACOSTAMENTO. A COLISÃO RESULTOU LESÕES NO NOTICIANTE E EM SUA FILHA, QUE FORAM SOCORRIDOS PELO CORPO DE BOMBEIROS, QUE OS LEVARAM AO HOSPAM, NESTA CIDADE, ONDE RECEBERAM ATENDIMENTO MÉDICO. O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, O QUE NÃO PERMITIU A SUA IDENTIFICAÇÃO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPAT.

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

VALDEIR PEREIRA LIMA
(VITIMA)

Valdeir Pereira Lima

B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**





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 ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

154.832.654-24 Vitoria Lanissa Araujo Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF: 154.832.654-24

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

VIRGULINO FERREIRA

9 - Número:

13326

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CONHAS

12 - Cidade:

SENNA LIMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.900-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

81.99992-1472

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:

VALDEIR PEREIRA LIMA

18 - CPF do Representante Legal:

882.204.434-78

19 - Profissão do Representante Legal:

ESTUDANTE

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 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 DA BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (257) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 014

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 79157

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar a minha 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 de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, estando validamente comprovada, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

23 - Estado /

Cidade

Cidade do Rio Oceano

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

Falecidos:

 Sim Não

30 - Vítima deixou

falecidos (herdeiros)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

 Sim Não

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

 Sim Não

34 - Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

SENNA LIMA - PE 02/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizado com CamScanner



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDEIR PEREIRA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000079157-2

Nr. da Autenticação 8784392BADC1AEA3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:23:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515234106600000072581762>
Número do documento: 21012515234106600000072581762

Num. 74050990 - Pág. 8



Tarifa Social de Energia Elétrica Oferecida pela Eletrobras

NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José da Ribeira, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50740-002
CNPJ 10.635.972/0001-06 | Telef. (81) 3059-9171 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDEIR PEREIRA LIMA

CPF: 862.204.454-72 NIS: 12865675248

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
102314854	UNICA	26/03/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/03/2020	2002158288	3671785

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIRGULINO FERREIRA 1326

COHAB/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
2105743010	03/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO DA PRÓXIMA LIQUIDAÇÃO
02/04/2020	27/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	23,23

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD ate 30 kWh	30,0000000	0,10136136	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	42,0000000	0,17378234	7,29
Consumo-TE ate 30 kWh	30,0000000	0,09327014	2,79
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	42,0000000	0,15889188	8,71
Correção Ium. Pública Municipal			2,89
Multa por atraso-NF 0944444130 - 28/01/20			0,47
Juros por atraso-NF 0944444130 - 28/01/20			0,18
Atualização IGPM-NF 0944444130 - 28/01/20			0,08

TOTAL DA FATURA:

23,23





Tarifa Social de Energia Elétrica Oferecida pela Eletrobras

NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José da Ribeira, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP 50740-002
CNPJ 10.635.972/0001-06 | Telef. (81) 305949-91 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDEIR PEREIRA LIMA

CPF: 862.204.454-72 NIS: 12865675248

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
102314854	UNICA	26/03/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/03/2020	2002158288	3671785

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIRGULINO FERREIRA 1326

COHAB/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000

CONTA CONTRATO	MÊS ANO
2105743010	03/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO DA PRÓXIMA LIQUIDAÇÃO
02/04/2020	27/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	23,23

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD ate 30 kWh	30,0000000	0,10196136	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	42,0000000	0,17378234	7,29
Consumo-TE ate 30 kWh	30,0000000	0,09327014	2,79
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	42,0000000	0,15889188	8,71
Correção Ium. Pública Municipal			2,89
Multa por atraso-NF 0944444130 - 28/01/20			0,47
Juros por atraso-NF 0944444130 - 28/01/20			0,18
Atualização IGPM-NF 0944444130 - 28/01/20			0,08

TOTAL DA FATURA:

23,23

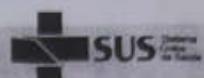




GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS FORTALECER, MAIS FUTURO



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



13 Anos

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 50

Data:	08.05.2020	Hora:	21:02		
Nome:	Vitoria Laisaia Drayo de Lima	Profissão:	Estudante		
Nome Social:		Estado Civil:	Menina		
Nascimento:	11/03/2007	Sexo:	Feminino		
Escolaridade:		Responsável:	Tenho		
Mãe:	Daydrice da Silva Arbujo				
Endereço:	Rua Virgulino Veneno	No:	1326		
Bairro:	10 neves	Município:	S. Joaquim PE		
Cartão SUS:	808 0034 1085 1447	RG/CPF:			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
-----	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Vítima se cerca de 01 hora, sofreu acidente de moto.

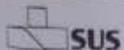
Tratamento:

Oral torax dia
Oral de antebraço e braço E
Oral de tornozelo E perna E
Oral hemograma coligidos 120

Hipótese Diagnóstica: dl unilobular,
fractura de radio e
luxação de articulação E

Carimbo: Dr. Antônio V. de Loura e Sil
CIRURGIA GERAL
CREMEPE 8.467/CRM-PB 3478





Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

Currículo de Pós-Graduação em Odontologia

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

- 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL SÃO VICENTE
- 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES-	2	3	5	1	6	3	3
4 - CNES-	2	3	5	1	6	3	3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 00246468
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 9 8 0 0 3 4 1 0 8 5 1 4 4 7	8 - DATA DE NASCIMENTO 17 / 02 / 2007
9 - SEXO Masculino	10 - RACA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE VALDECIA BEZERRA DE ARAUJO	12 - FONE DE CONTATO 8 7 9 6 2 3 3 4 5 4
13 - NOME DO RESPONSÁVEL RUA VIRGULINO FERREIRA	14 - FONE DE CONTATO 8 7 9 6 2 3 3 4 5 4
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SERRA TALHADA	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO P E	18 - UF 5 6 9 0 0 0 0 0
19 - CEP 56900000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fosfato sente dor e de pressão
secretaria e Soprotox - febre e
MSF e MIE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de reabilitação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

H + Braco e sublinho e Reus e Ap. Refil

Fractura avulsa sublinho e ossificada.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020393 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO

0408020423

28 - CLÍNICA

30 - CARTEIRA DE INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

() CNS

() CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

2021-05-17 10:41:7391

0408020393

0408020423

0408020393

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - EMPREGADO

47 - AUTÔNOMO

48 - DESEMPREGADO

49 - APOSENTADO

50 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

262050499501-2

12

0x

10105-9 13105120

Ilo Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.072.214-15 CRM: 6603

Médico Autorizado (Conselho)

CRÉDITO

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

0408020423

0408020393

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

do Estabelecimento SOLICITANTE: PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA ARRETO GUIMARAES	DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/05/20 00:10
	Nº SOLICITAÇÃO: 706013
paciente NOME DE LIMA ATUAUJO REIRA, 1326, SÃO CRISTOVÃO	Nº DO PRONTUÁRIO: SEXO: FEMININO TELEFONE DE CONTATO: COD. IBGE MUNICÍPIO: 2613909.00 UF: PE CEP:
	DATA DE EMISSÃO: 09/05/20 08:32
APAL SIMOES CENTE - SERRA TALHADA	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA DATA DE AUTORIZAÇÃO: 09/05/20 05:50

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:23:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515234106600000072581762>
Número do documento: 21012515234106600000072581762

Num. 74050990 - Pág. 13



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/05/2020	Atendimeto: 0035962	Quarto/leito: 306 / 3
Paciente: 00246468 - VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA		
Cirurgia Realizado:	N. do Procedimento:	
① Osteosseos Superficiais Cortadores absorvto e	0408020393	
③ Osteosseos Tílico	0408020423	
	0408050500	
Data: 11/05/2020	Inicio:	Término
Cirurgião: Andree		
1º Auxiliar: MTONYD		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Hefez		
DESCRICAÇÃO CIRURGICA: Galo pulgão assessor 115E + Traçado Maior seccao óssea e pediculada fixação estan- nura e, uso de ósso fixador hemic ② Secção óssea e com sítio por área, deslocando fôco fisticos Reduzido e fixado com uso de óssos. Kirschner. Sutura, tra- çado. ③ Assessor 115E + Traçado Maior Maior seccao fôco fístico reduci- do fixado estanurando ósso fixador hemicodas opac Percutivo Debora		

Antônio Rodrigues de Andrade Assinatura do Cirurgião
CPF: 056.552.003-21 7391

7391





VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1420803836

PROIBIDO PLASTIFICAR

1420803836

NOME

VALDEIR PEREIRA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

1801058 SSP PB

CPF

882.204.434-72

DATA NASCIMENTO

14/05/1974

FILIAÇÃO

MANOEL PEREIRA LIMA

**ALAIDE RODRIGUES DE
LIMA**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

01488001713

VALIDADE

30/12/2021

1ª HABILITAÇÃO

16/10/2000

OBSERVAÇÕES

A

Valdeir Pereira Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO

03/01/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**94466717806
PE076833518**

PERNAMBUCO

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:23:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515234106600000072581762>
Número do documento: 21012515234106600000072581762

Num. 74050990 - Pág. 16



DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO
001 REHAWAU
NIT/RC
930415200
EXERCÍCIO
2016

JOÃO KLEBER RODRIGUES DA SILVA

SERRA TAIHADA - PE

074.517.524-98
DYN2991
PLACA
CHASSI

DYN2991/88 93041520070055872
ESPECIE: TWO
COMBUSTÍVEL:

GÁSOLINA
ANO/FAB.: 2007
MARCA/MODELO:

YAMAHA / FAZER Y3250
MATE/ANOC/CL: CATEGORIA:
2E/299CL

COR/HEDONOMANTE:
PARTIC
DATA UNICA:

VERMELHA
VENC/COTAS:
IPVA 2016 QUITADO

PRÉMIO TARIFÁRIO:	1º * * * * *	FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
P	2º * * * * *			
V	3º * * * * *			
A				

PRÉMIO TOTAL (R\$) 100,00
SEGURADO PAGO 100,00
SEM RESERVA

DATA DE PAGAMENTO:
01/01/2016
OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA

DATA LOCAL:
24/01/17
Assinatura de Charles Andrews Souza Ribeiro

DATA:
24/01/17
Assinatura de Charles Andrews Souza Ribeiro

PE N° 013126429482 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOÃO KLEBER RODRIGUES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	2015	DATA EMISSÃO	24/01/17
VIA	1	PLACA	DYN2991
RENAVAM	930415200	MARCA / MODELO	YAMAHA / FAZER Y3250
ANO FAB.	2007	ANO FAB.	2007
CATEGORIA		CATEGORIA	
PLACA	DYN2991	PLACA	DYN2991
CHASSI	93041520070055872	CHASSI	93041520070055872
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PRÉMIO TOTAL (R\$) 100,00		DEP (R\$)	100,00
SEGURADO PAGO 100,00		PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO
SEM RESERVA		DATA DE QUITAÇÃO	100,00
		COTA ÚNICA	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09248.600/0001-04

ESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
SEU VEHÍCULO ESTARÁ SEM COBERTURA
SE VOCÊ NÃO TIVER O BILHETE DPVAT.

9102-138

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS, EQUIPAMENTOS, OU MATERIAIS DE CARGA APRESENTADAS TRANSPORTADAS, OU NÃO, SEGURO DPVAT



Estado de Pernambuco

Secretaria de Defesa Social

Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco

CBMPE - 3ºGB - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro Cachoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 07 de agosto de 2020.

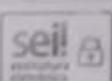
CRISTIANO CORRÉA
Ten Cel BM - Cmt do 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº. 080 / 2020 - 3ºGB - DOP

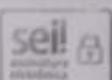
O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. VALDEIR PEREIRA LIMA (GENITOR DA VÍTIMA), RG 1801058 SSP/PB, CPF 882.204.434-72, residente à Rua Virgulino Ferreira, 1326, COHAB, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emisse a seguinte certidão, no que consta que foram deslocadas as viaturas AR 656 e ABTS 840, da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 20:28h do dia 08 de maio de 2020, comandadas, respectivamente pelo SD QBMG 1/718153-1 ERICK DIEGO OLIVEIRA OMENA DA SILVA e pelo SGT QBMG 1/798176-7 JOSEMAR DA SILVA COELHO para uma ocorrência de APH (COLISÃO ENTRE MOTOCICLETAS), nº B (1390582), sendo vítima a Sra. VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA, a qual declarou que estava na condição de garupa de uma motocicleta quando ocorreu a colisão. No local da ocorrência, as guarnições não visualizaram os veículos envolvidos no sinistro. O acidente ocorreu na BR 232, Km 408, COHAB, Serra Talhada-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada nos membros superiores e escoriações nos membros inferiores. A mesma foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. ALGACY FERNANDO, CREMEPE 8467, prontuário 50.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pelo SD QBMG 1/718149-3 JOSÉ HUMBERTO PEREIRA e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS, chefe da Divisão de Operações e certificada pelo Comandante da Unidade.

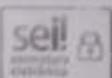
Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000243.000191/2020-13



Documento assinado eletronicamente por José Humberto Pereira, em 07/08/2020, às 12:53, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2012.



Documento assinado eletronicamente por Cristiano Correa, em 07/08/2020, às 19:31, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2012.



Documento assinado eletronicamente por Wamberg Rodrigues dos Santos, em 10/08/2020, às 11:41, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2012.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=9871731&infra_sistema... 1/2

https://sei.pe.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=9871731&infra_sistema... 1/2

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:23:41

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515234106600000072581762>

Número do documento: 21012515234106600000072581762

Num. 74050990 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA Data do acidente: 08/05/2020 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, URNA E RÁDIO ESQUERDOS.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDOS.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA Data do acidente: 08/05/2020 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, URNA E RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:23:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515234106600000072581762>
Número do documento: 21012515234106600000072581762

Num. 74050990 - Pág. 20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA Data do acidente: 08/05/2020 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, URNA E RÁDIO ESQUERDOS.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDOS.

Documentos complementares:

Observações: 130320 - RECUSA DE PERÍCIA PELO PROCURADOR.POUCA DOCUMENTAÇÃO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229245/20

Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

CPF: 154.832.654-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/05/2020

Titular do CPF: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VALDEIR PEREIRA LIMA : 882.204.434-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA : 154.832.654-24

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: 17/08/2020
Nome: VALDEIR PEREIRA LIMA
CPF: 882.204.434-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

VALDEIR PEREIRA LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:23:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515234106600000072581762>
Número do documento: 21012515234106600000072581762

Num. 74050990 - Pág. 22

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA Data do acidente: 08/05/2020 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, URNA E RÁDIO ESQUERDOS.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDOS.

Documentos complementares:

Observações: 130320 - RECUSA DE PERÍCIA PELO PROCURADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

