



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	Tipo
74050990	25/01/2021 15:23	<a href="#">ANEXO 1</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, 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 nº 16042345





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, 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: INTERRUÇÃO 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

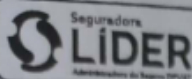
Pag. 00921/00922 - carta\_02 - INVALIDEZ

00040461



Carta nº 16054718





## 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:

154832.654-29

VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA

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:

VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA

154832654-29

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

COHAB

SERRA TALHADA

PE

56.900-000

PA 99999-1472

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:

882.204.434-72

19 - Profissão do Representante Legal:

UNILÉIRIO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914 3

CONTA: 79157 2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim 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 do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado(a)

☐ 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

30 - Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

34 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

35 - Se tinha pais/avós, informar

36 - Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

37 - Se tinha pais/avós, informar

38 - Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

39 - Vítima deixou

☐ 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/e pedido

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERRA TALHADA - PE 12/08/2020

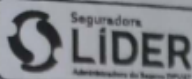
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

154832.654-29

VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA

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:

VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA

154832654-29

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

COHAB

SERRA TALHADA

PE

56.900-000

16 - Tel. (DDD):

17 - Tel. (DDD):

18 - Tel. (DDD):

19 - Tel. (DDD):

20 - Tel. (DDD):

21 - Tel. (DDD):

22 - Tel. (DDD):

23 - Tel. (DDD):

24 - Tel. (DDD):

25 - Tel. (DDD):

26 - Tel. (DDD):

27 - Tel. (DDD):

28 - Tel. (DDD):

29 - Tel. (DDD):

30 - Tel. (DDD):

31 - Tel. (DDD):

32 - Tel. (DDD):

33 - Tel. (DDD):

34 - Tel. (DDD):

35 - Tel. (DDD):

36 - Tel. (DDD):

37 - Tel. (DDD):

38 - Tel. (DDD):

39 - Tel. (DDD):

40 - Tel. (DDD):

41 - Tel. (DDD):

42 - Tel. (DDD):

43 - Tel. (DDD):

44 - Tel. (DDD):

45 - Tel. (DDD):

46 - Tel. (DDD):

47 - Tel. (DDD):

48 - Tel. (DDD):

49 - Tel. (DDD):

50 - Tel. (DDD):

51 - Tel. (DDD):

52 - Tel. (DDD):

53 - Tel. (DDD):

54 - Tel. (DDD):

55 - Tel. (DDD):

56 - Tel. (DDD):

57 - Tel. (DDD):

58 - Tel. (DDD):

59 - Tel. (DDD):

60 - Tel. (DDD):

61 - Tel. (DDD):

62 - Tel. (DDD):

63 - Tel. (DDD):

64 - Tel. (DDD):

65 - Tel. (DDD):

66 - Tel. (DDD):

67 - Tel. (DDD):

68 - Tel. (DDD):

69 - Tel. (DDD):

70 - Tel. (DDD):

71 - Tel. (DDD):

72 - Tel. (DDD):

73 - Tel. (DDD):

74 - Tel. (DDD):

75 - Tel. (DDD):

76 - Tel. (DDD):

77 - Tel. (DDD):

78 - Tel. (DDD):

79 - Tel. (DDD):

80 - Tel. (DDD):

81 - Tel. (DDD):

82 - Tel. (DDD):

83 - Tel. (DDD):

84 - Tel. (DDD):

85 - Tel. (DDD):

86 - Tel. (DDD):

87 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

VALDEIR PEREIRA LIMA

18 - CPF do Representante Legal:

882.204.434-72

19 - Profissão do Representante Legal:

UNILÉIR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

914

3

CONTA:

79157

2

AGÊNCIA:

CONTA:

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 o fim 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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado(a)

☐ 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:

30 - Vítima deixou

nasceram (se houver)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

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/e pedido

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SERRA TALHADA - PE 12/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0267002494

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 DPAVAT.

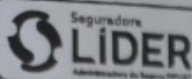
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

VALDEIR PEREIRA LIMA  
(VITIMA)



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 ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

154832.654-29

VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA

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:

VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA

154832654-29

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

ESTUDANTE

VIRGILINO FERREIRA

1326

CASA

COHAB

SERRA TALHADA

PE

56.900-000

PA 99999-1472

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:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

VALDEIR PEREIRA LIMA

882.204.434-72

UNILÉIR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

914

3

CONTA:

79157

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim 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 do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado(a)

☐ 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

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

☐ 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/e pedido

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERRA TALHADA - PE 12/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



# 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 8784392BADClAEA3





Tarifa Social de Energia Elétrica: Grada pela Lei nº 10.891/2004

## NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.932/0001-06 UENF: Est. 0035943-93 / www.celpe.com.br

### DADOS DO CLIENTE

VALDEIR PEREIRA LIMA

CPF: 862.204.434-72 NIS: 12885675248

### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

### ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIRGILINO FERREIRA 1326

CCHAB/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56900-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
102314854	UNICA	26/03/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/03/2020	2002158888	3671785

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
2105743010	03/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO ANTIGA
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	0,10156136	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	0,15989188	6,71
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,89
Multa por atraso-NF 094444430 - 28/01/20			0,47
Juros por atraso-NF 094444430 - 28/01/20			0,18
Atualização IGPM-NF 094444430 - 28/01/20			0,08

TOTAL DA FATURA

23,23

Digitalizado com CamScanner



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

Num. 74050990 - Pág. 9



Tarifa Social de Energia Elétrica: Grada pela Lei nº 11.083/2005

## NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.932/0001-06 UENB, Est. 0035943-93 / www.celpe.com.br

### DADOS DO CLIENTE

VALDEIR PEREIRA LIMA

CPF: 862.204.434-72 NIS: 12885675248

### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

### ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIRGILINO FERREIRA 1326

CCHAB/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56900-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
102314854	UNICA	26/03/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/03/2020	2002158888	3671785

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
2105743010	03/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
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	0,10156136	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	0,15989188	6,71
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,89
Multa por atraso-NF 094444430 - 28/01/20			0,47
Juros por atraso-NF 094444430 - 28/01/20			0,18
Atualização IGPM-NF 094444430 - 28/01/20			0,08

TOTAL DA FATURA

23,23

Digitalizado com CamScanner



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

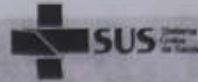
Num. 74050990 - Pág. 10



GOVERNO DO ESTADO  
**PERNAMBUCO**  
PAZ, JUSTIÇA E BEM-ESTAR



**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:	Vitória Larissa Araújo de Lima		
Nome Social:		Profissão:	Estudante
Nascimento:	17/02/2007	Sexo:	Feminino
Escolaridade:		Responsável:	Renata
Mãe:	Clandecia da Silva Araújo		
Endereço:	Rua Virgílimo Renan Nº 1326		
Bairro:	T. neves	Município:	S. Talhada PE
Cartão SUS:	809 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:

Paciente de 13 anos cerca de 01 hora sofreu acidente de moto.

Tratamento:

01 Rx. torax PA  
01 Rx. de antebraço e braço E  
01 Rx. de tornozelo e perna E  
01 Hemograma  
col. 08/05/2020

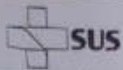
Hipótese Diagnóstica:

Fratura de úmero E,  
fratura de rádio e  
ulna E

Carimbo e Assinatura:  
Dr. André Luiz V. de Lorena e Sá  
CIRURGIA GERAL  
CREMEPE 8.467/CRM-PB 3478







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# 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

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 ☐ Feminino ☒

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00246468

10 - RAÇA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

VALDECIA BEZERRA DE ARAUJO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA VIRGULINO FERREIRA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 56 900 000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rosicão mental grave e dependência  
severidade e sintomas - fúria  
MSE e MIE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

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

Mt. Branco e subbranco e Rens e. SP e R. H. P.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Frontal e subbranco e. Rens e. SP e R. H. P.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Prescrição de medicamentos

29 - CLÍNICA

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - [ ] ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - [ ] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

[ ] EMPREGADO

[ ] EMPREGADOR

[ ] AUTÔNOMO

[ ] DESEMPREGADO

[ ] APOSENTADO

[ ] NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

[ ] CNS [ ] CPF

Ilo Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 6603

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

KIGERES

262050499505-2

12

0x

101059 13105120

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Nº HCO JOÃO	do Estabelecimento SOLICITANTE PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA ARRETO GUIMARAES	DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/05/20 00:10 Nº SOLICITAÇÃO 706013
VIT CL RM SC	paciente NOME DE LIMA DATA DE NASCIMENTO: 17/02/2007 SEXO: FEMININO TELEFONE DE CONTATO: CIDADE: ARAUJO ENDEREÇO: REIRA, 1325, SÃO CRISTOVÃO COG. BOE MUNICIPIO: 2613909.00 UF: PE CEP:	Nº DO PRONTUÁRIO:  
		DATA DE EMISSÃO: 09/05/20 08:32
	APAL SIMOES ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 09/05/20 05:50 CENTE - SERRA TALHADA	





Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 10/05/2020	Atendimento: 0035962	Quarto/leito: 306 / 3
<b>Paciente: 00246468 - VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA</b>		
Data Nasc: 17/02/2007	Idade: 13 Anos	Sexo: Feminino
Estado Civil: Solteiro	Profissão: MENOR	Naturalidade: SERRA TALHADA
Nacionalidade: BRASILEIRO	Nome Pai: VALDEIR PEREIRA LIMA	Nome Mãe: VALDECIA BEZERRA DE ARAUJO
Endereço: RUA VIRGULINO FERREIRA, 1326 CASA - TANCREDO NEVES - SERRA TALHADA - PE		
Telefones: ( ) . / ( ) . / (87) 9623.3454		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ( )	Acidente de Trabalho ( )	Outros Acidentes ( )
Agressão ( )	Suicídio ( )	Casual ( )
Outros ( )	Nome Acompanhante:	Telefone de Contato: ( )
Endereço Acompanhante: , 0		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Posição sentada, glicose MSE + HIF com deficiência de glicose no sangue. Refere-se a dor no membro superior esquerdo MSE + HIF</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura distal do úmero esquerdo</i>		
<i>Fratura distal dos ossos do antebraço esquerdo</i>		
<i>Fratura da tíbia esquerda</i>		
SADT:		
Diagnóstico Final: <i>O mesmo</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Meiorada (X)	Desculpa Médica (X)	Data do Internamento: <i>10/5/20</i>
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	Data da Alta: <i>13/5/20</i>
Piorando ( )	Transferência ( )	Local: _____
Óbito + 48h ( )	Evasão ( )	
Óbito - 48h ( )	Indisciplina ( )	
Óbito em ____/____/____		
Hora: _____		
		Medico Responsavel

Digitalizado com CamScanner







Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 10/05/2020	Atendimento: 0035962	Quarto/leito: 308 / 3
Paciente: 00246468 - VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA		
Cirurgia Realizado:	N. do Procedimento:	
① Osteossintese Supracondílea	0408020393	
② Osteossintese distal do fêmur	0408020423	
③ Osteossintese Tibial	0408050500	
Data: 11/05/2020	Início:	Término
Cirurgião: André		
1º Auxiliar: NTONIO		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Hélio		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: ① Abordagem supracondílea. Osteossintese com placa e parafusos. Redução e fixação da fratura com placa e parafusos. ② Abordagem distal do fêmur. Osteossintese com placa e parafusos. Redução e fixação da fratura com placa e parafusos. ③ Abordagem tibial. Osteossintese com placa e parafusos. Redução e fixação da fratura com placa e parafusos.		

Assinatura do Cirurgião  
Antônio Rodrigues de Faria  
CRM 7351  
CPF: 066.562.003-25  
7391





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

**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**

**LOCAL**  
**SERRA TALHADA - PE**

**DATA EMISSÃO**  
**03/01/2017**

**Charles Andrews Sousa Ribeiro**  
**Diretor Presidente**  
**ASSINATURA DO EMISSOR**

**94466717806**  
**PE076833518**

**PERNAMBUCO**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1420803836**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1420803836**

Digitalizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 013126429482  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM 930415280 EXERCÍCIO 2016

JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA

SERRA TALHADA - PE

074.517.524-45 PLACA DYN2991

DYN2991/SB 9C6KG017070055872

FAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

YAMAHA/FAZER Y3250 ANO FAB. 2007 ANO MCO 2007

2P/249CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA 2016 QUITADO 1ª 2ª 3ª

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

SERRA TALHADA - PE 24/01/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE Nº 013126429482 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOAO 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

SERRA TALHADA - PE EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 24/01/17

VIA 1 CPF / CNPJ 074.517.524-45 PLACA DYN2991

RENAVAM 930415280 MARCA / MODELO YAMAHA/FAZER Y3250

ANO FAB. 2007 CATEM 09 NF CHASSI 9C6KG017070055872

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDP (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE 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.

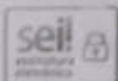
CRISTIANO CORRÊA  
Ten Cel BM - Cmt do 3º GB

**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 Virgílio Ferreira, 1326, COHAB, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse 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 vitimada 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.

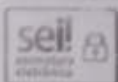
*Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000248.000181/2020-13*



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 2017.



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 2017.



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 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **8078553** e o código CRC **F6C6DB14**.



## 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, ULNA 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, ULNA 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 DIAGNOSTICO, 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
		<b>Total</b>	<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>



## 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, ULNA 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229245/20

**Vítima:** VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

**CPF:** 154.832.654-24

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 08/05/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

### 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](http://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



## 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, ULNA 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

