



Número: **0063630-95.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74048534	25/01/2021 14:59	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

Nº Sinistro: **3180157986**

Vítima: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

Data do Acidente: **01/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180157986**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12642183

Pag. 00799/00800 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

Nº Sinistro: 3180157986

Vítima: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 01/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180157986**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Boletim de ocorrência ilegível
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00067/00068 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12643015



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**  
Nº Sinistro: **3180157986**  
Vítima: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**  
Data do Acidente: **01/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180157986**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00647/00648 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12776950



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

Sinistro: **3180157986**

Vítima: **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

Data do Acidente: **01/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180157986** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

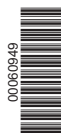
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01897/01898 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12810969



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2018

Carta nº: 12879407

A/C: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

Nº Sinistro: 3180157986  
Vitima: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE  
Data do Acidente: 01/02/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003016

Conta: 0000030751-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00001/00002 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030001



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**  
**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180157986**  
Nome do(a) Examinado(a): **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ESCRITOR G J DA MATA nº 85 - C - CATENDE/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6548636 - SSP**  
Data e local do acidente: **01/02/2018 PALMARES/PE**  
Data e local do exame: **18/05/2018 RECIFE/PE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO. TROUXE RADIOGRAFIA DE 28/02 COM FRATURA AINDA NÃO CONSOLIDADA COM ELEMENTO METÁLICO. ALTA ORTOPÉDICA**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO**

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ**

  
Fabio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

012.854.024-99

Nome completo da vítima

Beldion Lucas Duarte de Albuquerque

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Beldion Lucas Duarte de Albuquerque

CPF titular da conta

012.854.024-99

Profissão

Endereço

Rua Escalator G J da Mata

Número

85

Complemento

Bairro

Sardença Diamante

Cidade

Colândia

Estado

PE

CEP

55400-000

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (304)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Beldion

5 de Abril

de 2018

Local e Data

Beldion Lucas Duarte de Albuquerque

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180157986 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSO. TROUXE RADIOGRAFIA DE 28/02 COM FRATURA AINDA NÃO CONSOLIDADA COM ELEMENTO METÁLICO. ALTA ORTOPÉDICA. APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** FABIO SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

### 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



434625  
0123924/18



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE INFRAESTRUTURA**  
**POLÍCIA ORÇ. DE CONTABILIDADE**  
**DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE ORÇAMENTAL E FINANCEIRA**

RELAÇÃO DE CONTABILIDADE ORÇAMENTAL E FINANCEIRA

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira - 2018

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira - 2018

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira - 2018

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira

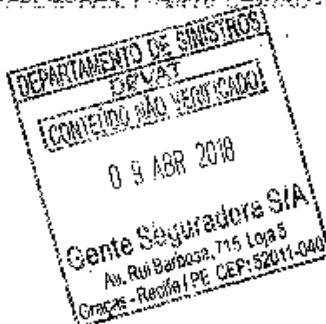
Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira

Relatório de Contabilidade Orçamental e Financeira



[illegible]

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED EXCEPT WHERE SHOWN  
OTHERWISE

[illegible]

Downloaded from <http://ajphaphysiol.phapublications.org/> on November 10, 2015

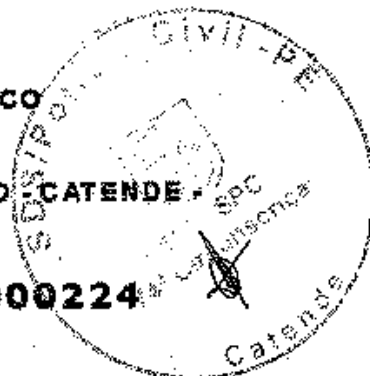
7. Beldner lidera un grupo de campesinos

[illegible]

0123924/18



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 074ª CIRCUNSCRIÇÃO - CATENDE -  
DP74ªCIRC DINTER1/13ªDESEC**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0164000224**

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/03/2018 às 08:41**

Complementado pelo BO Número: 18E0164000229

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado)**  
que aconteceu no dia 1/2/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 122, PROXIMO AO ENGENHO SANTO ANTONIO, PALMARES - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:  
**MUNICIPIO DE PALMARES, 1 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE )  
IVANILDO JOSE DOS SANTOS ( OUTRO )  
BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE (VÍTIMA)**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

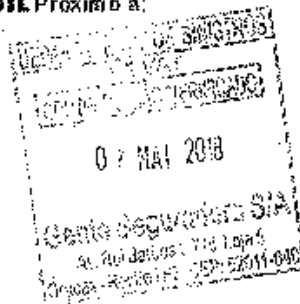
**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a):  
Sr(a): BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

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

**BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BERNADETE MARIA DE ALBUQUERQUE Pai: SEVERINO VICENTE DE ALBUQUERQUE FILHO Data de Nascimento: 23/8/1983 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 01285402495 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: BALCONISTA Telefones Celulares: - 884448743**

**Residência: RUA VEREADOR JOSE LUCIANO MELO, 147, JARDIM DIAMANTE, CATENDE - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE CATENDE, 1 - CEP: 55065-000 - Bairro: CENTRO - CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:**



16/04/2018 10:



**DESCONHECIDO**

**IVANILDO JOSE DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
Residência: **AGRESTINA, PE - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AGRESTINA, 1 - CEP: 55300-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

**MOTOCICLETA CG 150 TITAN ESD (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(s): **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(s) Sr(s): **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **KFK7888** (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO) Renavam: **022014434** Chassi: **SC2KCG02187R945624**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **MOTOCICLETA REGISTRADA EM NOME DE IVANILDO JOSE DOS SANTOS**

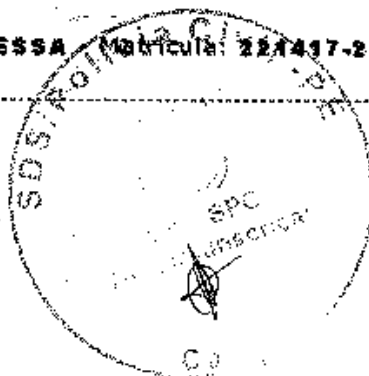
**Complemento / Observação**

**INFORMOU QUE AO TRANSITAR NA PE 126, ENTRE AS CIDADES DE PALMARES E CATENDE, NAS PROXIMIDADES DO ENGENHO SANTO ANTONIO, SUA MOTOCICLETA FOI FECHADA POR VEICULO DESCONHECIDO, CONDUZIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA, QUE O FEZ SAIR DA PISTA E CAIR EM UM BURACO NO ACOSTAMENTO DA RODOVIA. EM SEQUIDA FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, ONDE RECEBEU CUIDADOS MÉDICOS, CONFORME FICHA DE EMERGENCIA EMITIDA PELO HOSPITAL.**

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

**BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**  
**(VITIMA)**

**B.O. registrado por: PAULO FERNANDO BARRETO LESSA Matrícula: 221417-2**

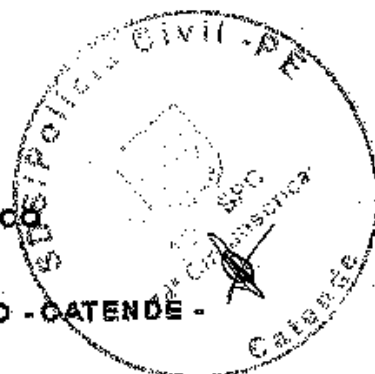


16/04/2018 10:0





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 074ª CIRCUNSCRIÇÃO - CATENDÊ -  
DP74ªCIRC DINTER1/13ªDESEC



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0164000229**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/03/2018** às **14:17**.

Complementa o BO Número: 18E0164000224

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **1/2/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 129, PROXIMO AO ENGENHO SANTO ANTONIO, PALMARES - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:  
**MUNICÍPIO DE PALMARES, 1 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
IVANILDO JOSE DOS SANTOS (OUTRO)  
BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

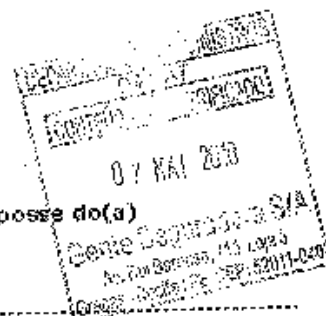
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**

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

**BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE (presente no plantão) - Sexo: Masculino** Mãe: **BERNADETE MARIA DE ALBUQUERQUE** Pai: **SEVERINO VICENTE DE ALBUQUERQUE FILHO** Data de Nascimento: **23/01/1983** Nacionalidade: **CANAUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **91288492498 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **BALCONISTA** Telefones Celulares: **- 998143742**

Residência: **RUA VIZADOR JOSE LUCIANO MELO, 147, JARDIM DIAMANTE, CATENDÊ - CATENDÊ/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CATENDÊ, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CATENDÊ/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**



16/04/2018 11



**IVANILDO JOSE DOS SANTOS (não presente no plantão) - Sexo:**  
**Nascimento:** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil:  
**DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
**Residência:** **AGRESTINA, PE - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO**  
**DE AGRESTINA, 1 - CEP: 55999-000 - Bairro: CENTRO - AGRESTINA/PERNAMBUCO**  
**BRASIL**

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

**MOTOCICLETA CG 150 TITAN ESE (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **IVANILDO JOSE DOS SANTOS**, que estava em posse de(a) Sr(a): **BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**.

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/MONZA/CG 150** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitária: **0,00 (REAL)**

Placa: **MPK7888 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **522914434** Chassi: **903K00297R945824**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **MOTOCICLETA REGISTRADA EM NOME DE IVANILDO JOSE DOS SANTOS**

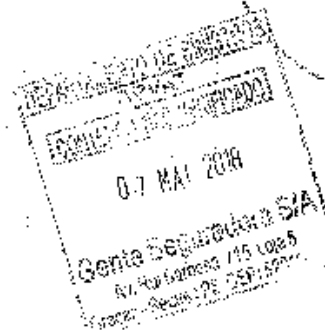
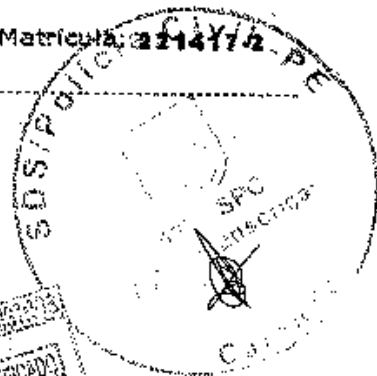
Complemento / Observação

**INFORMOU QUE AO TRANSITAR NA PE 126, ENTRE AS CIDADES DE PALMARES E CATENDE, NAS PROXIMIDADES DO ENGENHO SANTO ANTONIO, SUA MOTOCICLETA FOI FREGADA POR VEICULO DESCONHECIDO, CONDUZIDO POR PESSOA NÃO IDENTIFICADA, QUE O FEZ SAIR DA PISTA E CAIR EM UM BURACO NO ACOSTAMENTO DA RODOVIA. EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES, ONDE RECEBEU CUIDADOS MÉDICOS, CONFORME FICHA DE EMERGÊNCIA EMITIDA PELO HOSPITAL.**

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

**BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **PAULO FERNANDO BARRETO LESSA** - Matrícula: **2214412-PE**



16/04/2018 10:34



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Belchior Linhares Vicente de Albuquerque

CPF da Vítima

02.854.024-90

Data do Acidente

01-02-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Endereço

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Assinale uma das opções abaixo:

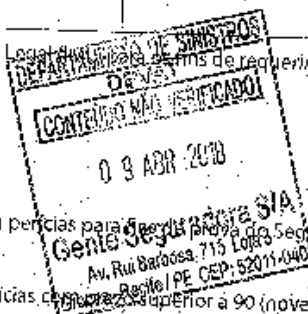
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de requerimento de DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias, contudo, superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Belchior Linhares 5 de Abril de 2018  
Local e Data

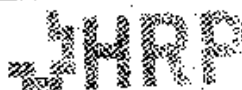
Belchior Linhares Vicente de Albuquerque  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017







PORTANTÍSSIMO

Data de Atendimento: 01/02/2018

Hora: 20:26:11

PRONTUÁRIO: 225203

Nº. Atendimento: 686942

Urgência / Emergência

Colaborador: OLIVEIRA

Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CNS:

Sexo: Masculino

Nome: BELCHIOR LINCON VICENTE DE ALBUQUERQUE

Data de Nascimento: 23/08/1983

Idade: 34 Anos 4 Meses e 8 Dias

País do responsável: MARIA DE ALBUQUERQUE

Rua: RUA VERMADOR LUCIANO MELO, 147 - DIAMANTE - 55400000

Cidade: CARIMATÁ

Tel: 81996143743

Hora de Atendimento: 20:26:11

Exames Principais:

*Recebi no PR*  
*APÓS EXAME ME AINDA*

Exame Físico:

A: Geral vis. após esta perna? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura:

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐ MSE ☐ MD ☐ ME ☐ Pupilas: Isocônicas ☐ Anisocônicas ☐

E: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Exame:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

*Fract. TOR. D*

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 3 - Especializadas

Exames / Procedimentos:

*Fract. TOR. D*  
*Fract. TOR. D*

Queixa Principal Relacionada à Classificação de Risco:

APRESENTANDO EDEMA EM TORNOZELO DIREITO - ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO - MSD APÓS QUEIXA DE ACOTO REFERE QUE ESTAVA COM CARACETE, NADA VOMITO E DESMAIO

Alergia:

Observação:

Evolução de Enfermagem:

*CONFERE COM O ORIGINAL*  
*CONFERE COM O ORIGINAL*

Transferência de paciente: 1 Alta para casa

Encaminhamento ao Ambulatório

Data de entrada: 01/02/2018

Transferência para outra unidade: 1 Obeso 1 Outro

Doença do presente: 1 Maltreated 1 Inalterado 1 Risco

Médico - Carimbo e Assinatura

# 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: 22/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000000030751-0

---

---

Nr. da Autenticação C8D88A618125C8FE



ESSA É A CARTEIRA DE CREDITO DO CLIENTE  
 EMISSÃO: 07/08/2017  
 VALIDADE: 07/08/2017

CPF: 054.853.634-07 NIS: 13345501466

JARDIM DE ALIMENTAÇÃO  
 CATENÇA PE  
 55400-100

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO  
 12x R\$ 1.200,00  
 12x R\$ 1.200,00

DATA DE EMISSÃO: 07/08/2017  
 DATA DE VENCIMENTO: 07/08/2017  
 TOTAL A PAGAR (R\$): 52,16

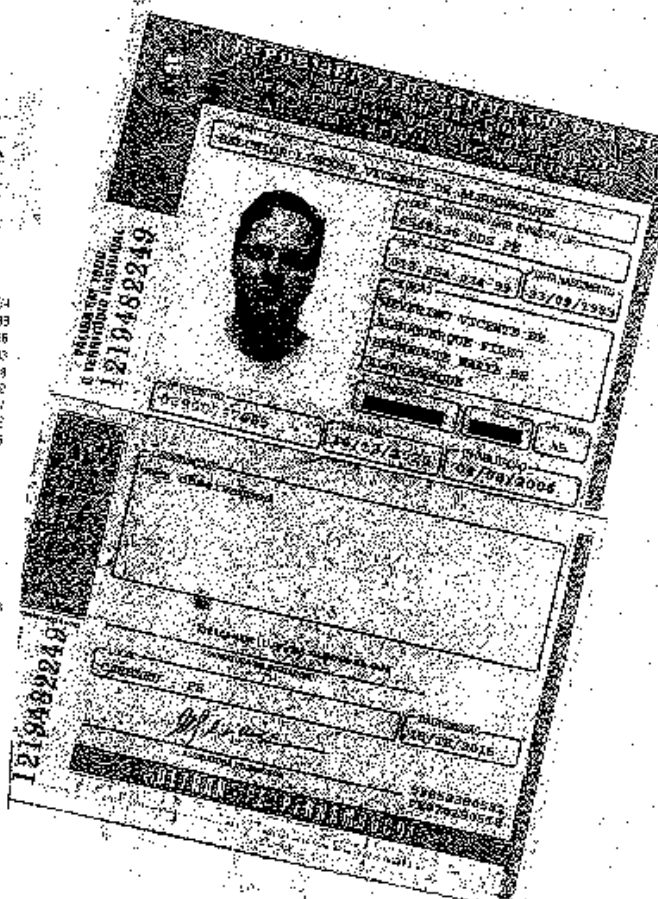
DESCRIÇÃO DO BEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
CONSUMO DE ENERGIA	26,000000	0,172277	4,48
CONSUMO DE ENERGIA	70,000000	0,805504	56,39
CONSUMO DE ENERGIA	52,000000	0,805504	41,89
CONSUMO DE ENERGIA			0,33
CONSUMO DE ENERGIA			7,89
CONSUMO DE ENERGIA			0,30
CONSUMO DE ENERGIA			0,11
CONSUMO DE ENERGIA			0,72
CONSUMO DE ENERGIA			0,18

TOTAL DA FATURA

TIPO DE PAGAÇÃO	DATA	VALOR	STATUS
12x R\$ 1.200,00	07/08/2017	52,16	PAGO

TIPO DE PAGAÇÃO	DATA	VALOR	STATUS
12x R\$ 1.200,00	07/08/2017	52,16	PAGO

3308 1004 3380 000 4674 5486 EFEN 3104



**DEPARTAMENTO DE CONTAS**  
 09/04/2017  
 GENTE SAGUADORA S/A  
 Av. Saguadora 715 Lapa  
 Brasília - DF CEP: 70000-000

TIPO DE PAGAÇÃO	DATA	VALOR	STATUS
12x R\$ 1.200,00	07/08/2017	52,16	PAGO



[illegible]

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5509  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

JESSICA KAROLINE MORAIS B. M. NASCIMENTO  
CPF: 090.853.624-07 NIS: 13955001455

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ESCRITOR G J DA MATA 85

JARDIM DIAMANTE/CATENDE  
55400-000 CATENDE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),  
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à  
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no  
site www.celpe.com.br

## DATA DE VENCIMENTO

15/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

98,66

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

08/05/2018

## DATA DA APRESENTAÇÃO

08/05/2018

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

015569427

## CONTA CONTRATO

007014609398

## Nº DO CLIENTE

201294563

## Nº DA INSTALAÇÃO

000907609

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

CF25.6953.F714.E7F9.7A88.DA2B.097F.0D1F

## DEPARTAMENTO DE SINISTROS

ACIAT

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

## CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 50 kWh	30,00	0,24498967	7,34
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,41904203	29,39
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	70,00	0,62902205	44,08
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,39
Contribuição Iluminação Pública			12,76
ICMS Subvenção-CDE-NF 007308615-07/03/18			0,95
Multa por atraso-NF 007308615-07/03/18			2,04
Juros por atraso-NF 007308615-07/03/18			1,02
Atualização IGPM-NF 007308615-07/03/18			0,63
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>98,66</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
81,21	25,00	20,30	81,21	1,12	0,90	81,21	5,32	4,32

11 MAI 2018

Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5  
Gravata-Rocha/PE CEP: 52011-040

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 50 kWh	2,16746121
Consumo Ativo superior a 50 até 100 kWh	0,36791437
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,45187498

## HISTÓRICO DO CONSUMO

DATA	CONSUMO (kWh)
MAI 10	170
ABR 18	246
MAR 18	212
FEV 18	177
JAN 18	246
DEZ 17	250
NOV 17	196
OUT 17	167
SET 17	138
AGO 17	129
JUL 17	132
JUN 17	178
MAI 17	183

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

GRUPO DE ENERGIA	R\$	%
Transmissão	23,09	23,43
Distribuição (Celpe)	16,05	23,35
Encargos Sociais	9,94	8,94
Tributos	25,61	21,42
<b>TOTAL</b>	<b>81,21</b>	<b>100</b>

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO VENDEDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000313067150	CAT	08/01/2018 7.340,00	08/05/2018 7.510,00	32	1,30000	0,00	170,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/06/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFUNDADO	METAS MENSAIS	METAS TRIMESTRAIS	METAS ANUAIS
DIC-Moeda horas sem Energia		0,00	5,91	11,42	23,64
RIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,62	6,06	18,78
DIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,68	6,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 18,22
BUSC-Valor do Encargo de Uso - R\$ 26,05					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,80% para Alta Tensão-REN 2.388/16.  
A data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res.414/ANEEL), Juros 1%am(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
De acordo com a aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 41,68.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007014609398	05/2018	98,66	15/05/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000001 986600110073 014609398105 132942493138



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Atendimento.celpe.com.br/NDP\_DCSRUCES\_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoneologia.com.RFCConversaoServlet?redirefatura=true&

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

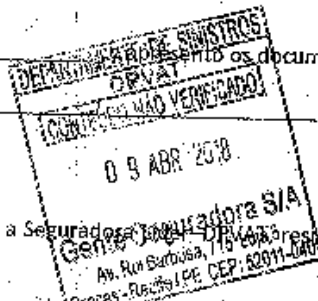
A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **MARIA VALDELENA ALMEIDA DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **624.618.184-87**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **Belchior Lincoln V. de Albuquerque** inscrito (a) no CPF sob o Nº **012.854.024/99** do sinistro de DPVAT cobertura **Invalididez** da Vítima **Belchior Lincoln V. de Albuquerque** e inscrito (a) no CPF sob o Nº **012.854.024/99** conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:



☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora/Intermediadora S/A, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <b>CD QUILOMBO DOS PALMARES – QD 11</b>		Número <b>9</b>	Complemento
Bairro: <b>Quilombo II</b>	Cidade: <b>Palmares</b>	Estado: <b>PE</b>	CEP: <b>55540-000</b>
Email: <b>valdelena.dpvat@hotmail.com</b>		Telefone Comercial <b>81 994170338</b>	

Recife 09 de Abril de 2018  
Local e Data

Maria Valdelena Almeida da Silva  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IVANILDO JOSÉ DOS SANTOS

RG nº 500 2835, data de expedição 14/07/1993

Órgão SSP, portador do CPF nº 021 615 224-00, com domicílio na cidade de AGRESTINA, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA MARIA CARMELO DOS SANTOS, nº 71,

complemento IPIZANGA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE cujo o condutor era BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

Veículo:

Modelo:

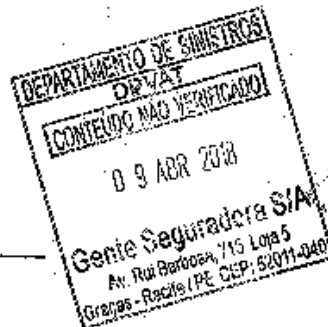
Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente: 01-02-18

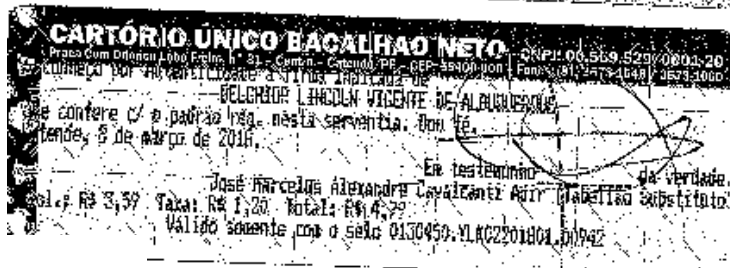
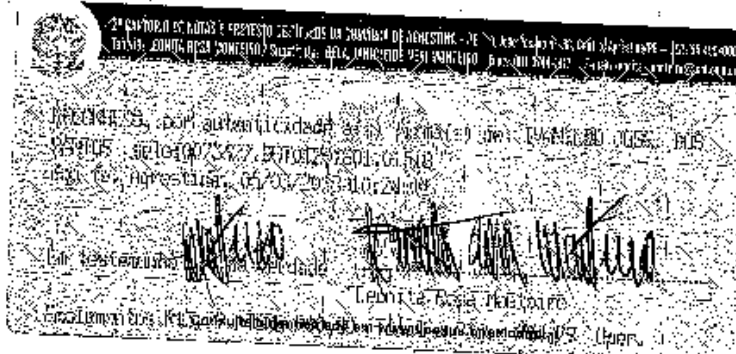
Local e Data: AGRESTINA, 05-03-2018



Ivanildo José dos Santos  
Assinatura do Declarante

BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE

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



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANILDO SOUZA DOS SANTOS  
 RG nº 500.8835, data de expedição 14/07/1993  
 Órgão SSP portador do CPF nº 021.615.224-00, com  
 domicílio na cidade de AGRESTINA, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA MARIA MADRUGAL DOS SANTOS, nº 71,  
 complemento 1 Pizang, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima BELEN OLIVEIRA V. CORREIA DE ALBUQUERQUE cujo o condutor era  
BELEN OLIVEIRA V. CORREIA DE ALBUQUERQUE

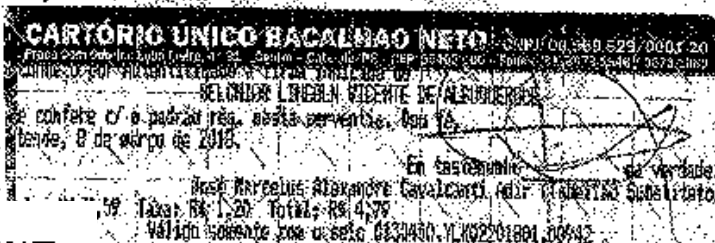
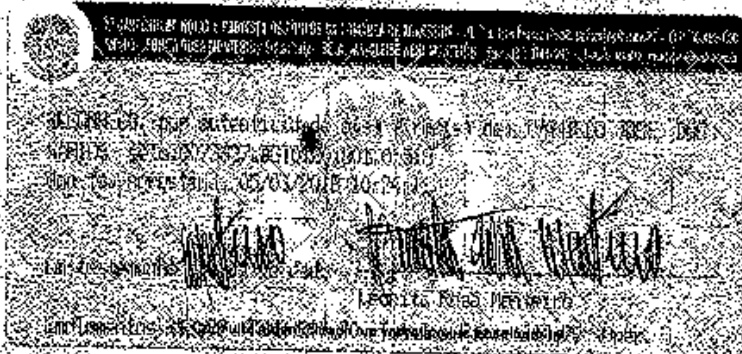
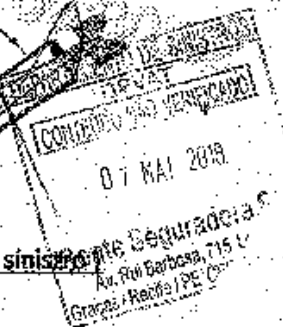
Veículo: Motocicleta  
 Modelo: Honda CG 150 Titan ES  
 Ano: 2007  
 Placa: KFK 7585  
 Chassi: 9C2XC08207R045624  
 Data do Acidente: 01.02.18  
 Local e Data: AGRESTINA, 05-03-2018



FRANILDO SOUZA DOS SANTOS  
 Assinatura do Declarante

BELEN OLIVEIRA V. CORREIA DE ALBUQUERQUE

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







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



Fundação Hospital de Saúde  
CNEB: 2428393

### AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	2428393
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHÃES	2428393

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário			
Benediton UNION VIEIRA DE ALBUQUERQUE	226203			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
	23/9/83	M	parda	Br
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
Mãe de Albuquerque				
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N° Bairro)	16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
R. Benediton Junior Melo	Atenas		PE	55400-000

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
REFUSE DOU GU TAVOLADO DI NARCO APÓS ACIDENTE MOTOR

#### 21 - Condições de Internação

21 - Condições de Internação
caso de acidente

#### 22 - Principais Resultados das Provas Diagnósticas

22 - Principais Resultados das Provas Diagnósticas
RX + ANAMNESE

#### 23 - Diagnóstico Clínico

23 - Diagnóstico Clínico	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Outras Assoc.
trauma de cabeça	S02.3	S02.0	S02.0

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
internação	04080505

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assist.
Ortopedia	Internar	( ) CNS ( ) CPF	

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)
Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	01/02/18	

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

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bêrbe	41 - SIRE
37 - ( ) Acid. Trabalho/Trajet	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CSOR
38 - ( ) Acid. Trabalho/Trajet			

#### 45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado	( ) Empregador	( ) Autônomo	( ) Desempregado	( ) Aposentado	( ) Não Segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

#### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - N° da Autorização da Internação Hospitalar
	E26000003	261810373150

49 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
( ) CNS ( ) CPF	

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Deus, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50010-012  
CNPJ 10.818.282/0001-00 | Insc. Est. 50.069.12-25 | www.cenpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
NOME: MARIA LUIZ MORAES, B. M. ASSIS  
CPF: 020.853.524-07 NIS: 13853061455

SUPRESSÃO DA UNIDADE DE ABASTECIMENTO  
ALUMINÓSCITO 3 LARAT 082

JARDIM JARDIM SANTENDE  
CATEDRAL PE  
55410-300

CLASSIFICAÇÃO  
BT RESIDENCIAL  
CATEGORIA COMINHO  
Módulo 1

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA  
31/05/2021 14:59:52  
31/05/2021 14:59:52

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA  
31/05/2021 14:59:52  
31/05/2021 14:59:52

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA  
31/05/2021 14:59:52  
31/05/2021 14:59:52

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
50,000000	0,115577	5,78
70,000000	0,335504	23,49
92,000000	0,468352	43,12
		7,35
		7,66
		0,33
		0,47
		0,78
		0,18

#### TOTAL DA FATURA

DATA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO
31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021

DATA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO
31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021



DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS  
CONTENEDOR NÃO VERIFICADO  
09 ABR 2021  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Lins 5  
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-000

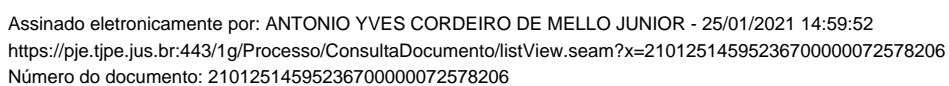
DATA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO
31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	31/05/2021



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DE VAT  
CONTENIDO NÃO VERIFICADO  
09 ABR 2008  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Laje 5  
Grupos - Recife/PE CEP: 50000-000



DEPT. DE  
CONTINUAÇÃO DO VOTO  
09 ABR 2008  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 711  
Rio de Janeiro, RJ



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180157986 **Cidade:** Palmares **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BELCHIOR LINCOLN VICENTE DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 16/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Dorian Braga Saraiva*



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

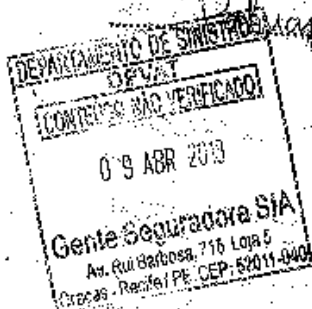
Outorgante: Belchior Lins de Albuquerque, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão policial, residente e domiciliado à Rua Paulista Gama, nº 85, bairro Jardim das Palmeiras, Município de Caravelas, Estado PE, Cep 55400-000, Rg nº 6548636, órgão emissor SSP-PE e CPF nº 0.12.854.024.99

Outorgado(a): Maria Valdeana Almeida da Silva, inscrito(s) no CPF sob o nº 624.518.184-87, Carteira de Identidade nº 2.875.652, órgão emissor SSP-PE, estado civil divorciada, Assistente Social, registro nº 7713, com endereço na Rua: CD Quilombo das Palmeiras, 9 QD 11, Palmares, Cep: 55540-000, Palmares-PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr(a) Belchior Lins de Albuquerque, ocorrido em Caravelas, PE, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora LIDER dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.



Belchior Lins de Albuquerque  
Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

