



Número: **0000421-57.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **04/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA (AUTOR) | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO(A)) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) | ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A)) RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) |

| Documentos | | | |
|------------|--------------------|--|--|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 13110 9027 | 20/04/2023 13:09 | <u>2792922_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u> | Ações processuais\Documento de Comprovação |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TRIUNFO/PE - SEÇÃO -

PROCESSO: 00004215720208173520

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TRIUNFO, 19 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013093986600000128083636>
Número do documento: 23042013093986600000128083636

Num. 131109027 - Pág. 1

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013093986600000128083636>
Número do documento: 23042013093986600000128083636

Num. 131109027 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:39
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013093986600000128083636>
Número do documento: 23042013093986600000128083636

Num. 131109027 - Pág. 3



Número: **0000421-57.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **04/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA (AUTOR) | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO(A)) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) | ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A)) RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) |

| Documentos | | |
|------------|--------------------|--------------------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento |
| 13110 9028 | 20/04/2023 13:09 | <u>ANEXO 1</u> |



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

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190470309 **Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**

Data do Acidente: 18/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

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 14688417

Pag. 0154901550 - carta_01 - INVALIDEZ
00020775



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:40
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013094007800000128083637>
Número do documento: 23042013094007800000128083637

Num. 131109028 - Pág. 1

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

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190470309 **Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**

Data do Acidente: 18/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 000010025557-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00573/00574 - carta_30 - INVALIDEZ



NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL.: **113.249.244-71** CPF da vítima: **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA** Nome completo da vítima:

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

Nome completo: **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA** CPF: **113.249.244-71**
 Profissão: **RECUSA** Endereço: **SITIO ALMAS** Número: **4000** Complemento: **CASA**
 Barro: **ZONA RURAL** Cidade: **TRUNFO** Estado: **PE** CEP: **56870-000**
 E-mail: **TRINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **87-9935-5533**

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____ |
| AGÊNCIA: 2739 CONTA: 21.355 (informar o dígito se existir) | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir) |

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: **FLORES - PE 25/07/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

dihego marcel B Siqueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antônio Cordeiro

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018

08 AGO 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 184ª CIRCUNSCRICAO - CALUMBI - DPT184 CIRC
DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0274000127**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/07/2019** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/4/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CALUMBI, 01, PE 320, PRÓXIMO AO SITIO CAJAZEIRAS -**
Bairro: **CENTRO - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 320**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR | AGENTE)
EDMILSON GOMES DE PADUA (OUTRO)
DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**

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

DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARTA MARIA BATISTA BARBOSA** Pai: **JOSENALDO DOS SANTOS SIQUEIRA** Data de Nascimento: **8/3/1995** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9708551/SDS/PE (RG), 11924924471 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 4000, SITIO ALMAS - CEP: - Bairro: - TRIUNFO/PERNAMBUCO /BRASIL**

EDMILSON GOMES DE PADUA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILDA GOMES DE PADUA** Pai: **JOAO LOPES DE PADUA** Data de Nascimento: **15/7/1976** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 68, RUA JOAO GOMES SOARES DA SILVA - CEP: - Bairro: - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **NÃO SE APLICA** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

CG FAN 160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDMILSON GOMES DE PADUA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**



Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDY7586 (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: 1154764998 Chassi: 9C2KC2200JR154305
Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE: NA DATA DE 18/04/2019, QUANDO TRANSITAVA DE MOTOCICLETA (HONDA CG FAN 160) NA PE 320, NA ALTURA DO SITIO CAJAZEIRAS (CALUMBI-PE), INDO PARA SUA CASA EM TRIUNFO-PE, CAIU EM UM BURACO E VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTO, CAINDO AO SOLO. DEVIDO A Queda, DIHEGO TEVE O 5º DEDO DA MÃO DIREITA FRATURADO E UM FERIMENTO CORTANTE NO PÉ DIREITO (CORTE) (CONFORME O BOLETIM DE EMERGÊNCIA SENHA: 5665477), SENDO SOCORRIDO POR UM CONHECIDO QUE VINHA PASSANDO PELO LOCAL ALGUNS INSTANTES DEPOIS. A MOTOCICLETA SUPRACITADA PERTENCE A EDMILSON GOMES DE PADUA E NO ATO DO ACIDENTE ESTAVA DE POSSE DE DIHEGO MARCIEL, QUE VINHA SOZINHO.

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

DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA
(VITIMA) *Dihego marcil B Siqueira*

B.O. registrado por: Rodrigo Mesquita Pereira Valões - Matrícula: 387178-9

Rodrigo Mesquita Pereira Valões



08 AGO 2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **113.249.244-71** CPF da vítima: **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA** Nome completo da vítima:

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

Nome completo: **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA** CPF: **113.249.244-71**
 Profissão: **RECUSA** Endereço: **SITIO ALMAS** Número: **4000** Complemento: **CASA**
 Barro: **ZONA RURAL** Cidade: **TRUNFO** Estado: **PE** CEP: **56870-000**
 E-mail: **TRINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **87-9935-5533**

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____ |
| AGÊNCIA: 279 CONTA: 21.355 (informar o dígito se existir) | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir) |

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: **FLORES - PE 25/07/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

dihego marcel B Siqueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antônio Cordeiro de Mello Júnior

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018

08 AGO 2019



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

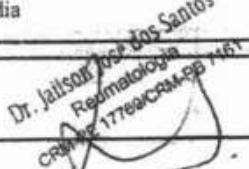


UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

| | | | |
|----------------------|-------------------------------|---|---|
| Data e Hora: | 16:55 | Nº. Ocorrência: | 18104619 |
| Nome: | Diego Rafael Santana Siqueira | Data Nascimento: | 28/03/95 |
| Profissão: | | Sexo: | M |
| End. | Colina, 8mrs | Doc. Ident.: | 9.708.351 |
| Responsável: | Diego Siqueira | | |
| End/Fone: | 99934099 | — | 404505379393018 |
| Tipo de Atendimento: | | Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> | Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> |
| | | Agressão <input type="checkbox"/> | Consulta <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|-----|--------------|
| Pressão Arterial: | P脉: | Temperatura: |
| Histórico e Exame Físico: De fez <u>acidente de ciclote</u> de auto com faculdade cestante em P' D e Fratura do 5º dedo mão <u>0</u> . | | |
| Tratamento: - Enxertia - Bt pxa / Pxe D | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------------|---|
| Impressão Diagnóstica: <u>Fratura 5º dedo.</u> | | | |
| Destino do Paciente Removido para Hospital | Residência <input type="checkbox"/> | Internado <input type="checkbox"/> | Transferido <input checked="" type="checkbox"/> |
| Óbito às | horas do dia | HOSPAM: 5665917 | |
| Médico - Carimbo e CRM: |  CRM-PB 17769/CRM-SP 161 | | |
| | 08 AGO 2019 | | |



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000010025557-4

Nr. da Autenticação 7A8F33FF292F76D7



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:40
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013094007800000128083637>
Número do documento: 23042013094007800000128083637

Num. 131109028 - Pág. 8



NOTA FISCAL + FATURA + CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. Júlio de Barros, 111, São Paulo, Pernambuco - CEP 50000-000
www.cepepe.com.br | 0800-200-01-01 | 81-3205-0455 | www.24hcepepe.com.br

DATOS DEL CLIENTE
MAURICIA BATISTA BARREDO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S/ AL. NÚM. 4000

OPP: 101 983 274-14 185 79634340583

第12章/全面预算管理

CLASSIFICAÇÃO

ESTATE PLANNING
BY A PROFESSIONAL

05/2019
05/2019
21/08/2019
21/08/2019
78,26

Consumo: 40-60 WATT
Consumo: Alta: superior a 35 até 100 WATT
Consumo: Alta: superior a 100 até 220 WATT
Acrecento: Bandeira: AMARELA
C165: Subvenção: CDE-06 055587905-23/03/19
C402: Subvenção: Base: Renda
Multa por excesso: 055587905-23/03/19
Juros por atraso: 055587905-23/03/19
Avaliação: IPGRN-06 055587905-23/03/19
Correspondência: CMC 03/19

| A NOTA FISCAL | | VALOR (R\$) |
|---------------|------------|-------------|
| QUANTIDADE | PESO (Kg) | |
| 36.000000 | 0.2659873 | 9,97 |
| 70.000000 | 0.46557467 | 32,81 |
| 48.000000 | 0.28958237 | 32,82 |
| | | 1,00 |
| | | 0,87 |
| | | 1,08 |
| | | 1,82 |
| | | 1,35 |
| | | 0,93 |
| | | 0,98 |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

www.observatorio.org.br

| | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 |
|-----|------|-------|-------|-------|
| BSI | 1.30 | 12.75 | 21.44 | 43.85 |
| PSI | 3.20 | 1.07 | 0.34 | 0.88 |
| HSI | 7.23 | 5.78 | 0.00 | 0.20 |

236

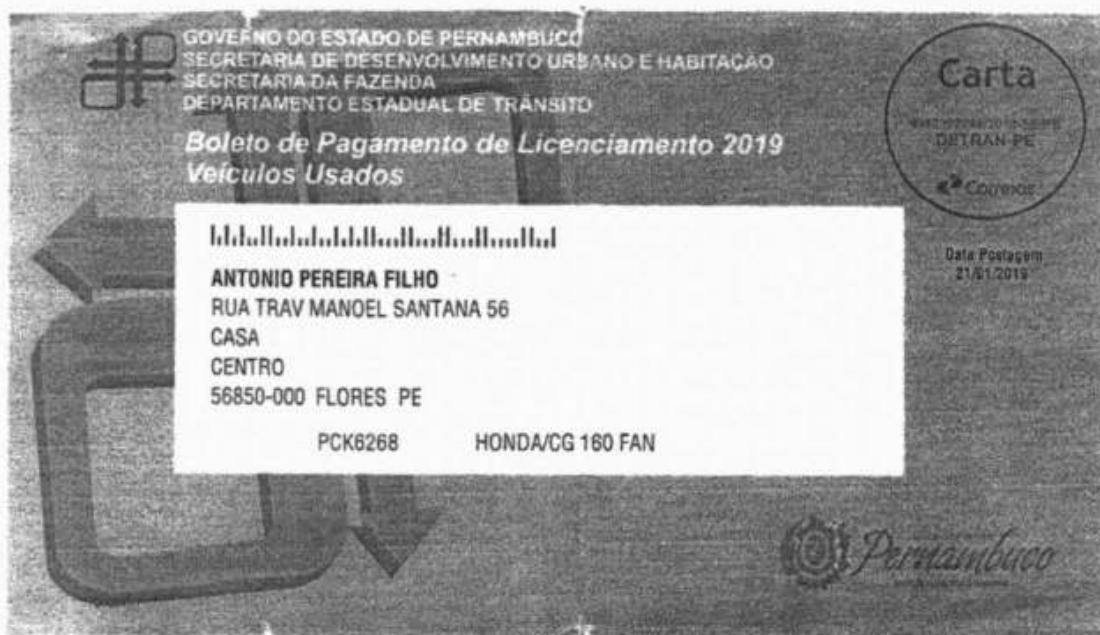
CONTA CONTRATO MÉS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$) 76,20

08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:40
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2304201309400780000128083637>
Número do documento: 2304201309400780000128083637

Num. 131109028 - Pág. 9



08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:40
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013094007800000128083637>
Número do documento: 23042013094007800000128083637

Num. 131109028 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DINÉGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.249.244 / 71,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DINÉGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.249.244 / 71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

| | | | | | |
|-----------|---------------------------------------|---------|---------------|--------------|-------------------|
| Endereço: | <u>TV. MANOEL SANTANA</u> | Número: | <u>56</u> | Complemento: | <u>CASA</u> |
| Bairro: | <u>CENTRO</u> | Cidade: | <u>FLORES</u> | Estado: | <u>PE</u> |
| E-mail: | <u>TOINHODERNEFELINHO@HOTMAIL.COM</u> | | | CEP: | <u>56.850-000</u> |

Local e Data: FLORES - PE 25/07/2019

Antônio Pereira Filho
Assinatura do Declarante

08 AGO 2019

DLDR1.001.V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:40
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013094007800000128083637>
Número do documento: 23042013094007800000128083637

Num. 131109028 - Pág. 12

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDMILSON GOMES DE PÁDUA,
RG nº 5351618, data de expedição 04/05/02,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 024 485.894-29, com
domicílio na cidade de TRIUNFO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SI ALMAS, nº 4000,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima DINHO MARCIEL BATISTA Siqueira, cujo o condutor era
DINHO MARCIEL BATISTA Siqueira

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 160 FAN
Ano: 2018 MOD 2018
Placa: PDX 7586
Chassi: 9C2KC22003R154305
Data do Acidente: 18/04/2019
Local e Data: FLORES-PE 25/07/2019

Edmilson gomes de Pádua

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Dinho marcivel B Siqueira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, RJ, RJ, RJ E PROTESTOS
PRACA 15 DE NOVEMBRO, 104 - CENTRO - TELAQUEDA - RJ - 20.000-000
CERTIFICADO DE AUTENTICIDADE DE FIRMAS - TÍTULOS E DOCUMENTOS PAGAMENTOS DE DÉBITOS - RECONHECIMENTOS

Recomendo Por Autenticidade da firma de EDMILSON GOMES DE PÁDUA, em 09/07/2019 e
deu 18 Em testemunha, da verdade Substituto EDVANEIDE MENDES DE SOUZA. Email:
3,81. TBNR:0,00. FERC: 0,40 Total:4,79 Série:0073841EGD0820190400160.



Consulte a Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticidade/

Scanne

08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:40
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013094007800000128083637>
Número do documento: 23042013094007800000128083637

Num. 131109028 - Pág. 13

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190470309 **Cidade:** Calumbi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA **Data do acidente:** 18/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
SIQUEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.8)

ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

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 MODERADA 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

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 |
|---|--|--|------------|-----------------------|
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 % | Em grau médio - 50 % | 5% | R\$ 675,00 |
| | | Total | 5 % | R\$ 675,00 |





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

| | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|
| Data e Hora: | 16:55 18/04/19 | Nº. Ocorrência |
| Nome: | Diego Henrique Siqueira | Data Nascimento: 08/03/95 |
| Profissão: | Sexo: M | Doc. Ident.: 9.708.351 |
| End.: | | |
| Responsável: | | |
| End/Fone: | 0999240679 - 904 505379343018 | |
| Tipo de Atendimento: <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho | | |
| <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Consulta | | |

| | | |
|--|-----|--------------|
| Pressão Arterial: | P脉: | Temperatura: |
| Histórico e Exame Físico: <i>Refe. vítima de acidente de auto em fábrica certeira em P.R. e ferida de 5º grau na mão.</i> | | |
| Tratamento: <i>- Exames - Rx para IP e D</i> | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------------|--|
| Impressão Diagnóstica: <i>Ferida 5º grau.</i> | | | |
| Destino do Paciente Removido para Hospital | Residência <input type="checkbox"/> | Internado <input type="checkbox"/> | Transferido <input checked="" type="checkbox"/> HOSPITAL: 5665-927 |
| Óbito às | horas do dia | | |
| Médico - Carimbo e CRM: | <i>Dr. Jaison JSP dos Santos Reumatologista CRM: 17769/CREA-SP 1161</i> | | 08 AGO 2019 |





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente:

Registro:

Dados Clínicos

Exames Complementares Resultados

Hipótese Diagnóstica

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhado para

109 PMS
Centro: 5665416

Data: 13/07/19 Nome:

CRM:

Unidade do Especialista

Exame Clínico

Exames Complementares

Parecer do Especialista

Tratamento Proposto

LOCAL: Na Unidade de Origem
 Na Unidade de Referência
 Outro Serviço

08 AGO 2019

Name:

CRM:

Data:





BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 130

| | | | | | |
|---------------|---------------------------------|---------------|-----------------|---------|--------------|
| Data: | 20/04/2019 | Horário: | 10:28 | | |
| Nome: | Diogo Henrique Batista Siqueira | Profissão: | aprendiz | | |
| Nome Social: | | Estado Civil: | solteiro | | |
| Nascimento: | 07/03/1995 | Sexo: | F | | |
| Escolaridade: | 7º ano | Responsável: | Maria (grávida) | | |
| Mãe: | Priscila Alana Batista Pombal | | | | |
| Endereço: | Silva Mmoy | Município: | Recife | Fone: | 9.9603. 0345 |
| Barrio: | Zona Sul | RG/CPF: | 9.108.751 | | |
| Cartão SUS: | 104 723 4134 3018 | Preta | Parda | Amarela | Indígena |
| Raça/Cor: | Branca | | | | |

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----|----|------|-------|----------|
| Situação/Queixa: | | | | | | |
| PA | P脉 | HGT | T. | SpO2 | Peso: | Glasgow: |
| Medicamentos em uso: | | | | | | |
| Intolerâncias/Alergias: | | | | | | |
| Fluxograma: | Carimbo e Assinatura: | | | | | |

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Outros sintomas

Coração

ta

→ novo sinal RX nô (AP + Olho)

Tratamento:

Frans F. do I 000

Hipótese Diagnóstica:

Frans F. do I 000

Carimbo e Assinatura:

Dr. José Inácio M. B. Guimarães

Médico Internista

08/04/2019

Documentado em lista de emergência - 08 AGO 2019





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | | | |
|--------------------------------------|---|----------------------|------------------|
| NAME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: | HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA | DATA DA SOLICITAÇÃO: | 20/04/2019 10:40 |
|--------------------------------------|---|----------------------|------------------|

MÉDICO SOLICITANTE

JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------|
| NAME DO PACIENTE: | DIEGO MARCIEL B. SIQUEIRA | Nº DO PRONTUÁRIO: | 564010 |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHN): | 08/03/1995 | SEXO: | Masculino |
| NAME DA MÃE OU RESPONSAVEL: | MARTA MARIA B. BARBOSA | TELEFONE DE CONTATO: | |
| ENDERECO (RUA, N°, BARRIO): | SITIO ALMAS, ZONA RURAL | CÓD. IBGE MUNICÍPIO: | 4322004 |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: | TRIUNFO | UF: | PE |
| | | CEP: | |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACT,ERR APOS QUEDA DE BICICLETA SOFRE FRATURA NO MOMENTO COM DOR E EDEMA EM REGIÃO PELE INTEGRA.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): EXAME FISICO +RAIO X

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: FRATURA FVDO 5º DEDO DIREITO

CÓD. 10 PRINCIPAL: CÓD. 10 SECUNDÁRIO: CÓD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

| | | | | |
|--------------|------------------|-----------------|------------|--------------|
| F. CARDIÁCA: | F. RESPIRATÓRIA: | PRES. ARTERIAL: | SATURACAO: | TEMPERATURA: |
| 68 Bpm | 20 lrpm | 120/80 MMHG | 99 % | 36,5 °C |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------------|---------------|--|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: | | |
| CLÍNICA: | CARÁTER DA INTERNAÇÃO: | DOCUMENTO: | Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: |
| | URGÊNCIA | (X)CNS ()CPF | |

EXECUTANTE

| | |
|-------------------------------------|----------------------|
| NAME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: | DATA DE AUTORIZAÇÃO: |
| TIPO DE LEITO: | ESPECIALIDADE: |

MÉDICO AUTORIZADOR:

| | |
|-----------------------------------|---|
| NAME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: | DATA DA SOLICITAÇÃO: |
| DOCUMENTO: | Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: |
| (X)CNS ()CPF | |
| | CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: |
| | 6572 |

08 AGO 2019



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Evolução

Data/Hora Profissional Evolução
22/04/19 08:16 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
PACT,INTERNO SEM QUEIXAS NO MOMENTO,SEGUE AGUARDADNO VAGA CIRURGUCA

Data/Hora Profissional Evolução
21/04/19 07:18 GLISSIA OLIVEIRA PAIXAO E SILVA
Descrição
REALIZADO BUSCA ATIVA DE LEITOS , SEM DISPONIBILIDADE NO MOMENTO.

Data/Hora Profissional Evolução
20/04/19 11:28 MARIANA FERRAZ DA SILVA ROSA
Descrição
SOLICITAÇÃO VISUALIZADA, NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR NESTA ESPECIALIDADE NAS REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução
20/04/19 10:54 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

| Data / Hora | Status | Tempo utilizado | Usuário/Estabelecimento | Observação |
|----------------|----------------------------|-----------------|---|---|
| 20/04/19 10:54 | Em digitação | 0h:0m:57s | ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA | Solicitação armazenada, |
| 20/04/19 10:55 | Aguardando Regulacao | 0h:31m:15s | ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA | Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO. |
| 21/04/19 11:26 | Aguardando Regulacao | 0h:0m:28s | RNASCIMENTO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE | Associando profissional regulador: RNASCIMENTO solicitação: 564020 |
| 20/04/19 11:27 | Regulado | 0h:2m:1s | RNASCIMENTO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE | Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO, |
| 20/04/19 11:29 | Aguardando Disponibilidade | | MARIANAFSR/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE | Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE. |

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora Paciente Assistido Usuário

DADOS REJEIÇÃO

08 AGO 2019



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| Data Atend: 29/04/2019 | Atendimeto: 0014370 | Quarto/leito: 202 / 3 |
| Paciente: 00111929 - DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA | | |
| Data Nasc: 08/03/1995 | Idade: 24 Anos | Sexo: Masculino |
| Profissão: AGRICULTOR | Naturalidade: TRIUNFO | Estado Civil: Solteiro |
| Nome Pai: JOSENALDO DOS SANTOS SIQUEIRA | Nome Mãe: MARTA MARIA BATISTA BARBOSA | Nacionalidade: BRASILEIRO |
| Endereço: SITIO ALMAS, 4000 | - ZONA RURAL | - TRIUNFO - PE |
| Telefones: () . / () . / (87) 9960.58345 | | |
| Elementos da Ocorrência: | | |
| Acidente de Transito () | Acidente de Trabalho () | Outros Acidentes () |
| Suicidio () | Casual () | Agressão () |
| Nome Acompanhante: | | Telefone de Contato: () |
| Endereço Acompanhante: | | |
| Local da Ocorrência: | | |
| ANAMNESE E EXAME FÍSICO: | | |
| <p><i>Exame físico: MBD, deshidratação, pele seca, g^o ORL, dor abdominal, dor de cabeça, dor de peito, dor de m^omb. MBD sem</i></p> | | |
| Diagnóstico Inicial: <i>EMBOLIA DA F, DO R E DD</i> | | |
| SADT: | | |
| Diagnóstico Final: <i>K28T - 5º OSO</i> | | |
| Condição de Alta | Motivo de Alta | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Melhorada () | <input checked="" type="checkbox"/> Descrição Médica () | Data do Internamento: <u>29/04/19</u> |
| <input type="checkbox"/> Inalterado () | <input type="checkbox"/> Alta a Pedido () | Data da Alta: <u>1/5/19</u> |
| <input type="checkbox"/> Piorando () | <input type="checkbox"/> Transferência () | Local: <u>11</u> |
| <input type="checkbox"/> Óbito + 48h () | <input type="checkbox"/> Evasão () | |
| <input type="checkbox"/> Óbito - 48h () | <input type="checkbox"/> Indisciplina () | |
| Óbito em _____ / _____ / _____ | | |
| Hora: _____ | | |
| <p><i>Dr. Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior</i> <i>CRM: 325.714.984-66</i> <i>CPF: 325.714.984-66</i> <i>CRM: 9608</i></p> | | |

08 AGO 2019



9/04/2019

| | | | | | | | |
|--|--|---|-------------------------------|---|---|---|--|
|  SUS 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 | | | | | 2 - CNES 2 3 5 1 6 3 3 | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL SÃO VICENTE | | | | | 4 - CNES 2 3 5 1 6 3 3 | | |
| Identificação do Paciente | | | | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA | | | | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO 00111929 | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7 0 4 5 0 5 3 7 9 3 4 3 0 1 8 08 / 03 / 1995 | | | | | 8 - DATA DE Nascimento Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | 9 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | 10 - RACA/COR PARDA |
| 11 - NOME DA MÃE MARTA MARIA BATISTA BARBOSA | | | | | 12 - TELEFONE DE CONTATO 8 7 9 6 0 5 8 3 4 5 | | |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL | | | | | 14 - TELEFONE DE CONTATO 8 7 9 6 0 6 3 9 6 8 | | |
| 15 - ENDERECO (ROA, N°, BARRA) SITIO ALMAS,4000,ZONA RURAL | | | | | | | |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA TRIUNFO | | | | | 17 - COD. DO MUNICÍPIO | 18 - UF | 19 - CEP 2615706 P E 5 6 8 7 0 0 0 0 |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | | | |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p><i>Doença tuberculosa MSD, deputado Necrose periférica = Osteite, efeitos dos medicamentos deu/s. MSD D</i></p> | | | | | | | |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p><i>Necessidade trat. deputado</i></p> | | | | | | | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p><i>MSD deputado</i></p> | | | | | | | |
| 23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL <i>MSD deputado</i> | 24 - CID-10 PRINCIPAL <i>MSD deputado</i> | 25 - CID-10 SECUNDÁRIO | 26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS | | | | |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <p><i>MSD deputado</i></p> | | | | | | | |
| 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <p><i>040 8020342</i></p> | | | | | | | |
| 29 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO <i>ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS</i> | | 30 - DOCUMENTO <i>CRÉDITO 785</i> | | 31 - DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>() CNIS () CPF</i> | | | |
| 32 - DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>29/04/2019</i> | | | |
| 34 - NÚMERO DO CONSELHO PROFISSIONAL | | | | 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |
| 36 - VÍNCULO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | | | | |
| 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO <i>EMPREGADO</i> | | 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO <i>EMPREGADOR</i> | | 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO <i>EMPREGADO</i> | | 39 - CNPJ DA SEGURADORA <i></i> | |
| 40 - N° DO BILHETE <i></i> | | | | 41 - SÉRIE <i></i> | | | |
| 42 - CNPJ EMPRESA <i></i> | | | | 43 - CNAE DA EMPRESA <i></i> | | 44 - CBOR <i></i> | |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <i>EMPREGADO</i> | | 46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <i>EMPREGADOR</i> | | 47 - AUTÔNOMO <i></i> | | 48 - DESEMPREGADO <i></i> | |
| 49 - () APOSENTADO <i></i> | | | | 50 - () NÃO SEGURADO <i></i> | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | | | | |
| 51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO <i>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</i> | | 52 - CÓD. ORGÃO EMISOR | | 53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>040 8020342</i> | | | |
| 54 - DOCUMENTO <i>() CNIS () CPF</i> | | 55 - DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO | | | | | |
| 56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>10/04/2019</i> | | 57 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | <i>040 8020342</i> | | | |
| <i>10/04/2019</i> | | <i>040 8020342</i> | | <i>040 8020342</i> | | | |
| <i>CPF: 153.274.214-13 CRM: 8603</i> | | | | | | | |
| <i>Médico Autorizador</i> | | | | | | | |
| <i>XL GELLETI</i> | | | | | | | |
| <i>08 AGO 2019</i> | | | | | | | |
| <i>29/04/2019 08:05:19</i> | | | | | | | |



Hospital São Vicente

| | | |
|---|--|-----------------------|
| Data Atend: 29/04/2019 | Atendimeto: 0014370 | Quarto/leito: 202 / 3 |
| Paciente: 00111929 - DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA | | |
| Cirurgia Realizado: | N. do Procedimento: | |
| <i>extos ssestse f1 5º QD day</i> | <i>0108020342</i> | |
| Data: <i>30/04/19</i> | Inicio: | Término |
| Cirurgião: <i>ANTONIO</i> | | |
| 1º Auxiliar: | | |
| 2º Auxiliar: | | |
| Anestesista: <i>Yves</i> | | |
| DESCRÍÇÃO CIRURGICA: | <i>Del sustida suspeita MSD Fracessi, manipulando pesteles fracionados e fixados p/ e menda os fios de cristalina preenchendo e splingos</i> | |
|  Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPF: 056.552.003-25 | | |
| Assinatura do Cirurgião | | |

NÃO ALÉRGICO

08 AGO 2019





(87) 9 96063968

HOSPITAL PROFESSOR AGAMON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: Diego marcelo B. Siqueira

Diag: Fissuras F, do II ord

ao Hospital São Vicente

① Diarréa crônica

② Diarréa nos dm excessos

③ Cobran entrocas

TPSE

④ CCC

Data: 18/9/19

Médico - CRM

08 AGO 2019



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
119.249.244-71

Nome
DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

Nascimento
08/03/1995

VÁLIDO SÓMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
19B3.4EAA.51F3.18BB

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 10:07:01 do dia 16/10/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:40
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013094007800000128083637>
Número do documento: 23042013094007800000128083637

Num. 131109028 - Pág. 24



08 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:40
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2304201309400780000128083637>
Número do documento: 2304201309400780000128083637

Num. 131109028 - Pág. 25

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DINHO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RECUSA, portador(a) do RG 9 908 551, órgão expedidor SIS-PE
e do CPF: 119.249.244-71, residente no(a) SI ALMAS
nº 4000, bairro: RURAL, município: TRIUNFO I. PE

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: RECUSA, portador(a) do RG 2999873, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 452.645.084-34, residente no(a) IV MANUEL SANTANA
nº 56, bairro: CENTRO, município: FLORES I. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima DINHO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA CPF 119.249.244-71 data do acidente: 16/06/19

Local e data: FLORES-PE 25/07/2019

Dinho Marcil B Siqueira
Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



SERNTEIN REGISTRAL NOTARIAL DE CALUMBI
TITULAR: Fábrica Alves dos Santos
Telefone: (87) 38481-192

Reconheço, por Autenticidade, a firma de: DINHO MARCIEL
BATISTA SIQUEIRA, que confere a/ o padrão reg. neste
serventia. Dou em Calumbi/PE, 05 de julho de 2019.
Emol.: 3,59. TERRA: R\$ 0,80. FERNC: R\$ 0,40. Total: R\$
4,79. Fábrica da Silva Ferreira, Escrivente Autorizada:
Selos: 0160242.AQ205201901.00222 05/07/2019 10:18:29
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(E E HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) .. _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome:
CPF:

Assinatura de quem assina A ROGO

ESTE MUNHAS
• Nome: _____
• CPF: _____

Assinatura
TESTE MUNHAS
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DINHO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RECUSA, portador(a) do RG 9 908 551, órgão expedidor SIS-PE
e do CPF: 119.249.244-71, residente no(a) SI ALMAS
nº 4000, bairro: RURAL, município: TRIUNFO I. PE

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: RECUSA, portador(a) do RG 2999873, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 452.645.084-34, residente no(a) IV MANUEL SANTANA
nº 56, bairro: CENTRO, município: FLORES I. PE

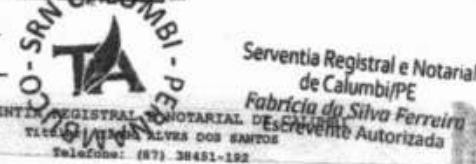
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeo e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima DINHO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA CPF 119.249.244-71 data do acidente: 16/06/19

Local e data: FLORES-PE 25/07/2019

Dinho Marcil B Siqueira
Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



Reconheço, por Autenticidade, a firma de: DINHO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA, que confere a/ o padrão reg. neste serventia. Dou em Calumbi/PE, 05 de julho de 2019.
Emol.: 3,59. TERRA: R\$ 0,80. FERNC: R\$ 0,40. Total: R\$ 4,79. Fabricio da Silva Ferreira, Escrivente Autorizado:
Selos: 0160242.AQ205201901.00222 05/07/2019 10:18:29
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(E E HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) .. _____
nº _____, bairro: _____, município: _____

Nome:
CPF:

Assinatura de quem assina A ROGO

ESTE MUNHAS
• Nome: _____
• CPF: _____

Assinatura

TESTE MUNHAS
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271283/19

Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

CPF: 119.249.244-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/04/2019

Titular do CPF: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA : 119.249.244-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

ANTONIO PEREIRA FILHO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271283/19

Número do Sinistro: 3190470309

Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

CPF: 119.249.244-71

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/04/2019

Titular do CPF: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

ANTONIO PEREIRA FILHO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:40
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013094007800000128083637>
Número do documento: 23042013094007800000128083637

Num. 131109028 - Pág. 29



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | <input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: | |
| | 11924924471 | DIHEGO MARCIL BATISTA SIQUEIRA | |
| 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: | | |
| DIHEGO MARCIL BATISTA SIQUEIRA | 11924924471 | | |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: |
| | ST ALMAS | 4000 | CASA |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - CEP: |
| ZONEA RURAL | PEIXOTO | PE | 56870-000 |
| 15 - E-mail: | 16 - Tel. (DDD): | | |
| | 279916228888 | | |

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

| | | |
|--|----------------------------------|--|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). | | |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | |
| AGÊNCIA: 2739 | 1 CONTA: 25537 | 2 |
| <small>(Informar o dígito se existir)</small> | | |
| <small>Autorizo a Seguradora Lider 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.</small> | | |

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|---|--------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: | Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (ao nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim | 31 - Vítima teve irmãos? | <input type="checkbox"/> Sim | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: | Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sim |

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

11 SET 2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

