

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013589620**Cidade:** Bezerros**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE RIVALDO DE SOUZA  
LIMA**Data do acidente:** 23/03/2013**Emissor do parecer:** Marcus  
Vinicius  
Carvalho  
Freire**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA  
DE SEGUROS**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas  
de Saude Ltda.**CRM do médico:** 17727

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura luxação do pé direito**Descrição do exame médico pericial:** Apresenta encurtamento do MID, atitude em flexão plantar do pé com deformidade grave, com projeção dos danos para o membro inferior direito, com perda importante de força. Deambula com apoio**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador e cirúrgico, tendo evoluído com pseudoartrose e osteomielite.**Sequelas permanentes:** Comprometimento dos movimentos limitados do MID, sendo definitivo, parcial e com severa repercussão.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 09/10/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 6.750,00**Médico avaliador:** Galdino Leonardo**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de um dos membros inferiores

%	Dimensão	Graduação
70	1	75

**Valor avaliado:** 7.087,50

# 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: 11/10/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02193

CONTA: 000000050756-1

---

Nr. da Autenticação B319EB1EEF844AAF

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

---

## Informações do Acidente

Processo: 2013589620  
Nome da Vítima: Jose Rivaldo de Souza Lima  
Local do Acidente: Bezerros - PE  
Data do Acidente: 23/03/2013

## Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador

---

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ **Sim**    ☐ Não    ☐ Prejudicado

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

**Resposta: membro inferior direito**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**Resposta: encurtamento do membro**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim    ☒ **Não**

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

☐ Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

☐ O quadro cursa com disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação

☒ **O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.**

**sequela de fratura luxação do pé complicado com pseudoartrose e osteomielite, apresenta encurtamento do mid, atitude em flexão plantar do pé com deformidade grave. deambula com apoio**

V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

☒ **Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas**

**parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)**

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

( ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

**(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)**

Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

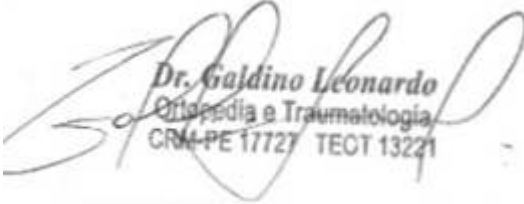
Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	<b>1ª Lesão</b>	<b>75% (grave)</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

## Identificação do Médico Examinador

---

Nome do Médico: Galdino Leonardo  
Registro no CRM: PE 17727  
Local do Exame: Recife - PE  
Data do Exame: 09/10/2013



Dr. Galdino Leonardo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 17727 TECT 13221

## EDR – Serviços Técnicos de Seguros

## AVISO DE SINISTRO DPVAT

075555

## Cobertura reclamada

## Natureza do Evento

## Data do Acidente

( ) Morte

( ) Atropelamento da vítima

☒ Invalidez Permanente

( ) Vítima passageiro do veículo

( ) DAMS - Desp. Assist. Médica e Suplementares

( ) Vítima motorista do veículo

Nome da vítima	Data de nascimento	CPF
JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA	29/08/1966	547.698.764-93

## Informe neste campo o endereço do beneficiário (OBRIGATORIO O PREENCHIMENTO)

Endereço	Nº	Telefone
RUA ALTO DA BALANCA	34 C	(81) 3523-3372 3621-0568

CEP	Cidade	Estado
55600-000	VITÓRIA DE SANTO ANTAO	PE

Nome do Procurador	Endereço completo e telefone para contato
	Rua Nº Fone ( )
E-mail:	CEP Cidade Estado

## Documentos necessários (Provas do sinistro e Cadastramento):

Para todas as coberturas	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidez
<b>ATENÇÃO OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO COMPLETO E A ASSINATURA DO VERSO DESTE AVISO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Boletim de Ocorrência Policial (original) ou cópia autenticada pelo próprio Órgão Expedidor, que descreva a natureza do evento (colisão, atropelamento, etc.) e identifique o veículo (nº da placa ou do chassi), que transportava ou atropelou a vítima.</li> <li>Cópia frente e verso do DUT do ano em que ocorreu o acidente (obrigatório no caso de vítima ou beneficiário proprietário).</li> <li>Procuração extraída em Cartório específica para recebimento de Seguro DPVAT, quando o reclamante for analfabeto. Quando a vítima estiver sendo representada por terceiro, a procuração poderá ser particular com <u>firma reconhecida por autenticidade ou verdadeira</u>.</li> <li>Cópia autenticada do R.G. e C.P.F. do procurador.</li> <li>Fotocópia do R.G. e C.P.F. da vítima.</li> <li>Fotocópia do R.G. e C.P.F. (obrigatório) do beneficiário.</li> <li>Cópia da Certidão de Nascimento da vítima, quando esta for menor e não tiver documento de identidade.</li> <li>Cópia do comprovante de residência do recebedor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certidão de óbito (original ou cópia autenticada).</li> <li>Laudo de Necropsia (somente quando necessário, a critério da Seguradora).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório médico do primeiro atendimento imediatamente após o acidente, consignando o diagnóstico das lesões diretamente decorrentes do evento e o tratamento proposto para a recuperação da vítima.</li> <li>Comprovantes das despesas médicas e hospitalares (originais).</li> <li>Termo de cessão de direitos passado pela vítima ou seu responsável ao terceiro que pagou as despesas, quando for o caso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laudo do Instituto Médico Legal jurisdição onde ocorreu o acidente, consignando as lesões apresentadas pela vítima e respectivo grau da invalidez definitiva (mínimo, médio, máximo ou total), do órgão membro lesado no acidente.</li> </ul>

OUTROS



(EDR)  
Serv. Téc. de Seg. 111a  
1004054

## Beneficiários do Seguro:

De acordo com a Lei 6.194 de 19.12.74 o beneficiário é o cônjuge, na constância do casamento, equiparando-se como tal a(o) companheira(a), na falta destes, os herdeiros legais, obedecida a ordem da vocação hereditária (art. 1603 do Código Civil Brasileiro).

## Documento de habilitação dos beneficiários:

Beneficiário: Cônjuge	• Certidão de Casamento da vítima, <u>com data atualizada</u> .
Beneficiário(a): Companheira(o)	• Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva. (A companheira é equiparada à esposa, obedecidas as leis da Previdência Social).
Filhos ou irmãos:	• Declaração informando os nomes de todos os filhos ou irmãos deixados pela vítima, anexando a esta seus respectivos documentos de identidade ou Certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem é o seu responsável legal ou está exercendo o pátrio poder sobre o menor.
País:	• Certidão de Nascimento da ou cópia de um documento de identidade da vítima.
Outros:	• Cópia de um documento de identidade.

Obs.: 1) Deve-se observar os documentos necessários para cada tipo de cobertura e a sua apresentação, o que contribuirá para a rápida liberação do pagamento da indenização.

2) Reservamo-nos o direito de requisitar a apresentação de outros documentos, caso seja necessário.

Local e data VITÓRIA/PE 16.09.13

Assinatura do reclamante

PROTOCOLO



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº 9912450952  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 908669607 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2013

NOME  
 JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA

RECIFE-PE 0

CPF/CNPJ  
 547.698.764-91

PLACA  
 FJE8061

PLACA ANT./UF  
 \*\*\*\*\* /PE

CHASSI  
 9C2KCD8107P106396

ESPÉCIE TIPO  
 PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL  
 GASOLINA

MARCA / MODELO  
 HONDA / CG 150 TITAN K3

ANO FAB  
 2007

ANO MOD  
 2007

CAP. POT. / CIL  
 22 / 149CL

CATEGORIA  
 PARTIC

COR PREDOMINANTE  
 PRETA

COTA ÚNICA  
 IPVA 2013 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS  
 1\* \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA  
 \*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS  
 \*\*\*\*\*

2\* \*\*\*\*\*  
 3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
 SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM. CONTR. NAC. HONDA LTDA

RECIFE

DATA

07/03/13

Maria de Fátima Bezerra R. Costa  
 Diretora-Presidente DETRAN/PE

(EDR)  
 Serv. Téc. de Segs. Ltda

19 SET. 2013

**PROTOCOLO**

DETRAN

CONTRON

8316 2013  
 20132

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013589620**Cidade:** Bezerros**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE RIVALDO DE  
SOUZA LIMA**Data do acidente:** 23/03/2013**Emissor do  
parecer:** Arnaldo  
Kacelnik**Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE  
SEGUROS**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE  
MEDICINA ESPEC.EM  
SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 312915

## PARECER

**Data da análise:** 04/10/2013**Valoração do  
IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** FRATURA TORNOZELO D**Resultados  
terapêuticos:** TTO CIRURGICO**Sequelas  
permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das  
sequelas:****Documentos  
complementares:****Observações:** Perícia Especial - PE - Encaminhado para perícia médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ARNALDO KACELNIK**UF do CRM do  
médico:** RJ

## DANOS

**Dano****% Dimensão Graduação**

Danos não definidos.

**Valor avaliado:** 0,00





REGISTRO  
Nº 3.264.124

DATA DE EMISSÃO 31.01.1991

JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA

DECLARACAO Eivaldo Ferreira de Souza  
Rosângela da Silva Lima

NATURALIDADE Camocim de São Felix PE 29.08.1966

SOL. ORIGEM C.C. nº 1.440 L.B. Aux. 03 F. 271v.

Cartão de Identificação

547 03 764 91

ASSINATURA DO DETENTOR

1EIN 115 DE 29-08-83

(EDR)  
Serv. Téc. de Segs. Ltda  
19 SET. 2013  
PROTOCOLO

CARTÃO DE IDENTIFICACAO

ASSINATURA DO DETENTOR

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA  
INSTITUTO TAVARES RIBEIRO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome  
JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA

Nº de inscrição  
547698784-91

Data do Nascimento  
29/08/66

## COMPROVANTE DE RESIDENCIA

\*1004040\*



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## NOTA FISCAL FATURA DE CONTADORIA DE ENERGIA ELÉTRICA



www.celpe.com.br

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista  
Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.502/0001-08 INSC. EST. 0005943-91

Data de Vencimento

15/08/2013

Mês / Ano de Referência

07/2013

Total a Pagar (R\$)

9,63

Comercial: 0800 081 0120 | Provedor: 0800 081 0126  
Atendimento ao cliente: 0800 281 0142  
Ouvidoria Celpe: 0800 262 5559  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco - ARSP: 0800 727 8167 - Ligação gratuita de telefones fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e celular no número para telefones celulares

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Mantenedor

Conta Contrato 7005771166

## DADOS DO CLIENTE

JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA

CPF: 547.695.764-91

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALTO DA BALANÇA - C

BALAN A VITÓRIA DE SANTO ANTAO  
53600-000 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE

NUMERO DA NOTA FISCAL	DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	DATA DA APRESENTAÇÃO
001224560	11/07/2013	25/07/2013
SÉRIE DA NOTA FISCAL	NUMERO DO CLIENTE	NUMERO DA INSTALAÇÃO
SÉRIE ÚNICA	2001596619	4003359

EE D3 A673 2001 B0EC 4AN7 F255 ACAD E953

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

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Alvo (kWh)	30.000000	0.31462721	9.43
Multa por atraso NF 001413271 - 12/25/13			0.18
Juros por atraso NF 001413271 - 12/25/13			0.02

## HISTÓRICO DO CONSUMO

DATA	CONSUMO (kWh)
08/13	28.13
07/13	28.13
06/13	28.13
05/13	28.13
04/13	28.13
03/13	28.13
02/13	28.13
01/13	28.13
12/12	28.13
11/12	28.13
10/12	28.13
09/12	28.13
08/12	28.13

TARIFAS APLICADAS  
Consumo Alvo (kWh) 0.25817009

TOTAL DA FATURA

9,63

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS
0%	0.00	0.00	0.00

Faturado pelo mínimo da base de Disponibilidade Anual

(EDR)  
Serv. Téc. de Segs. Ltda  
19 SET. 2013  
PROTOCOLO

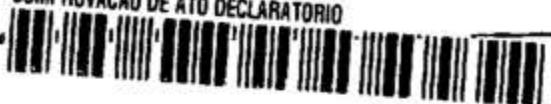


BEZERROS

PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



Bezerros, 11 de Setembro de 2013.

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se necessário, consta nos arquivos da UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ, ficha de emergência, sob numero de registro 513.761 datado de 23 de março de 2013 às 17h 53', do Sr. José Rivaldo de Souza Lima, residente na Rua Alto da Balança, 14C – Vitória de Santo Antão – PE, filho da Sra. Rosângela da Silva Lima, foi atendido na presente data pelo Dr. Hugo M. Furtado, CRM Nº 20320-PE e diagnosticado, com fratura exposta em membro inferior direito, decorrente de um acidente de moto, o mesmo recebeu os primeiros atendimentos nesta Unidade de Saúde e em seguida foi transferido para o Hospital Getúlio Vargas.

*Elisângela do Carmo*  
Diretora Administrativa  
M.S. 11/09/2013

Elisângela do Carmo Pereira  
Diretora Administrativa da UMSJ





CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



\*1004029\*



SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DINTER 1 – DIRETORIA INTEGRADA DO INTERIOR 1

GCOI-1 – GERÊNCIA DE CONTROLE OPERACIONAL DO INTERIOR 1

12ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA - VITª DE STª ANTÃO


DELEGACIA DE POLÍCIA DA - 61ª CIRC. - EM VITª DE STª ANTÃO

Endereço – Avenida Henrique de Holanda, 1333, bairro da Redenção – fone – 3528-8872 - CPE Nº 55.602.260

## DECLARAÇÃO

Declarado para os devidos fins, que nas cidades subordinadas à 12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil – DESEC, deste Estado, a saber: VITª DE STª ANTÃO, CHÃ DE ALEGRIA, GLÓRIA DO GOITÁ, ESCADA, AMARAJI, PRIMAVERA, POMBOS, CHÃ GRANDE E GRAVATÁ, não dispõe de um Instituto Médico Legal, até a presente data.

Vitória de Stª Antão, 05 de Fevereiro de 2013.

  
Robson dos Santos Tenório  
Comissário de Polícia – Chefe Administrativo  
Mat. 152.064-4



Mar. 15, 1964  
Comissao de Policia - Depto Administrativo  
Edson dos Santos Lima



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 091A. CIRCUNSCRICAO - BEZERROS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 13E0181001525

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/09/2013 às 12:59

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 23/3/2013 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE ZONA RUAL DE BEZERROS - BR 232 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - Município: BEZERROS - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

(VITIMA) - JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: EVALDO FERREIRA DE SOUZA; Pai: ROSANGELA DA SILVA LIMA Data de Nascimento: 29/6/1965; Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO

Documentos: 3264424/SSP/PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO;

Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO

Endereço Residencial: NÃO INFORMADO

Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comercial: NÃO INFORMADO

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

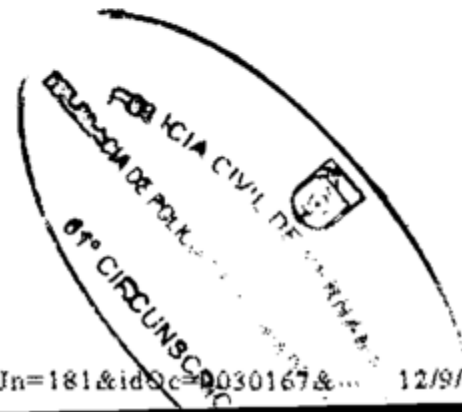
Complemento / Observação

A VITIMA VINHA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN, PRETA, PLACA KJE-8061, QUANDO FOI ENTRAR NA BR, DERRAPOU E CAIU, INDO PARAR FORA DA BANQUETA E O VEICULO FOI PARA O MEIO DA PISTA. FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS.

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

JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA  
(VITIMA)

(EDR)  
Serv. Téc. de Segs. Ltda  
19 SET. 2013  
PROTOCOLO



B.O. registrado pelo policial: **LETICIA ANDRADE CORREIA** - Matrícula: **221236-6**

(EDR)  
Serv. Téc. de Segs. Ltda  
19 SET. 2013  
PROTOCOLO

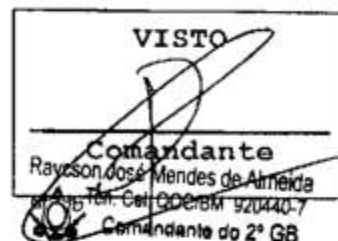


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

2º Grupamento de Bombeiros - 4ª SB

Caruaru-PE, 29 de abril de 2013.

*[Assinatura]*  
AURENILDO AUGUSTO RIBEIRO DA COSTA - Maj. QOC/BM  
Chefe da Divisão de Operações



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° DOp 018/13

O Chefe da Divisão de Operações do 2º Grupamento de Bombeiros, do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr<sup>a</sup>. **MARIA VÂNIA DE CARVALHO**, Registro Geral nº 3828756, SSP - PE, residente na rua Manoel de Andrade Santos, nº 132, bairro São Pedro - Bezerros-PE, **CERTIFICA** que de acordo com a ordem de serviço operacional nº 7629, foi deslocada a viatura AR-402 da 4ª Seção de Bombeiros, Bezerros - PE, às 17h20min do dia 23 de março de 2013, para atender uma ocorrência de **ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA)**, o fato ocorreu na BR-232, bairro zona rural, Bezerros - PE, onde houve uma queda envolvendo uma moto Honda CG 150 Titan KS, cor preta, ano 2007 modelo 2007, placa KJE-8061, conduzida pelo Sr. **JOSÉ RIVALDO DE SOUZA LIMA**, e que devido o acidente o citado condutor apresentava escoriações e fratura exposta no membro inferior direito.

Após receber os atendimentos a vítima foi conduzida a Unidade Mista São José, onde ficou aos cuidados da equipe médica de plantão. A presente certidão segue assinada por mim, Cb/BM **JOSÉ WILLIAMS DE LIMA**, *[Assinatura]* que digitei, e pelo Ten QOC/BM, **RENATO DOS SANTOS SILVA**, comandante da 4ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros, *[Assinatura]*.







Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2013 589 620

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.264.494 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 31.03.1993  
 CPF 54.469.876-99 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO MAQUIERO  
 E RENDA MENSAL DE R\$            (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE RIVALDO DE SOUZA LIMA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039



! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);



2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO            AGÊNCIA            (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA            (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA            (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA            (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA 2993 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 503563

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL VITÓRIA/PE DATA 06/09/13

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG Vitoria de Santo Antao  
DATA: 12/09/2013 HORA: 14:55:09  
TERMINAL: 06261034 CONTROLE: 062610340221

AGENCIA: 2193 - HERCULANO BANDEIRA  
CONTA : 013.00.050.756-1  
CLIENTE: JOSE RIVALDO DE SOUZA LIM

