

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647804 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDICLEY JOSE CARDOSO **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P 1/2/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647804

Vítima: SIDICLEY JOSE CARDOSO

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDICLEY JOSE CARDOSO

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, contatos 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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647804

Vítima: SIDICLEY JOSE CARDOSO

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDICLEY JOSE CARDOSO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **SIDICLEY JOSE CARDOSO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000050**

Conta: **0000016339-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorne 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 039-175-474-2d 3 - CPF da vítima: Sidicley José Cardoso 4 - Nome completo da vítima: Sidicley José Cardoso

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

5 - Nome completo: Sidicley José Cardoso 6 - CPF: 039-175-474-2d
7 - Profissão: nao possui 8 - Endereço: Rua ACARI 9 - Número: 74 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Albento Maia 12 - Cidade: Camanaçil 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54771-700
15 - E-mail: 18099253-2981 16 - Tel.(DDD): 18099253-2981

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0050 CONTA: 16339 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

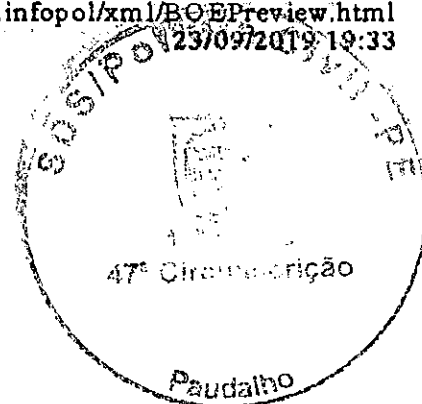
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, CAMANAÇIL 04/11/2019
Sidicley José Cardoso
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0137001977

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/09/2019 às
19:59**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 18/8/2019 no período da Tarde**

**Fato ocorrido no endereço: RUA CANDELARIA, 1 - Bairro: ALBERTO MAIA -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NENHUM (AUTOR VAGENTE)
PAULO TASSO GOMES RODRIGUES (NOTICIANTE)
SIDICLEY JOSE CARDOSO (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
SIDICLEY JOSE CARDOSO**

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

**SIDICLEY JOSE CARDOSO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA ZILDETE PEREIRA CARDOS Pai: SEVERINO JOSE CARDOSO Data de Nascimento:
27/7/1979 Naturalidade: CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
5475115/SSP/PE (RG). 93917547422 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU
COMPLETO Profissão: MECANICO Telefones Celulares:
- 986036993**

**Endereço Residencial: RUA ACARI, 74 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PAULO TASSO GOMES RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
JOANA GOMES RODRIGUES Data de Nascimento: 17/4/1962 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1506532/SSP/PE (RG). 20268658434 (CPF) Estado
Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: GUARDA MUNICIPAL
Telefones Celulares:
- 990256739**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PAUDALHO, 100, AV. PACHECO LEITE FILHO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SIDICLEY JOSE CARDOSO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SIDICLEY JOSE CARDOSO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PQQ1463** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Chassi: **9C2KD0540ER00723**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA PAULO TASSO GOMES RODRIGUES, QUE SEU SOBRINHO SIDICLEY JOSE CARDOSO, VOLTAVA PARA A RESIDÊNCIA NA CONDUÇÃO DE SUA MOTOCICLETA DE PLACA PQQ-1463, QUANDO NO LOCAL ACIMA CITADO UM MENINO DERREPENTE ATRAVESSOU EM SUA FRENTE E NÃO CONSEGUINDO EVITAR A COLISÃO, A VÍTIMA ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU AO CHÃO, SOFRENDO FRATURA NA PERNA DIREITA. SEGUNDO O NOTICIANTE, SEU SOBRINHO FOI SOCORRIDO PARA UPA DA AV CAXANGÁ E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EM RECIFE.

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


PAULO TASSO GOMES RODRIGUES
(NOTICIANTE)


B.O. registrado por: JOSE RICARDO RAMOS DE ANDRADE - Matrícula: 319717-4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014487629876
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 587096667 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
SIMPLEY JOSE CARDOSO

CAMARAGIBA-PE

CPF / CNPJ 039.175.474-22 PLACA PQ21463

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2KDD54000007235

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/MARILBO 600S ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	1ª	*****	*****
	2ª	*****	*****
	3ª	*****	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	80.43	22/01/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS. C/PE HONDA HONDA

LOCAL
CAMARAGIBA

DATA 26/01/19

Assessoria Técnica de Registro e Licenciamento de Veículos - DETRAN/PE

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

PE Nº 014487629876 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SIMPLEY JOSE CARDOSO

54771-720

CASA (CAMARAGIBA-PE)

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 26/01/19

VIA 1 CPF / CNPJ 039.175.474-22 PLACA PQ21463

RENAVAM 587096667 MARCA / MODELO HONDA/MARILBO 600S MSB

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. 09 CHASSI 9C2KDD54000007235

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	2.00	38.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4.15	0.32	44.82

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/02/19

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESPESAS E GASTOS O SEGURO DPVAT
NÃO COBRE O VALOR DO PORTE DO VEÍCULO.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não-verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIDICLEY JOSE CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00050

CONTA: 000000016339-7

Nr. da Autenticação 2E00749BB1AF9B24



CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

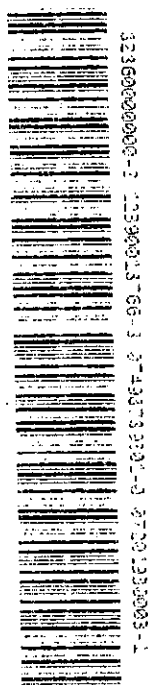
ATENDIMENTO: RUA DAS ROSAS - NÚM. - 00020 - BAIRRO NOVO CAMA
RAIO: PE 54750-000

DADOS DO CLIENTE MÁRIA LILIANE DE ARAÚJO R ACARI, N. 00074 - ALBERTO MAIA CAMARAGIBE PE 54771-700 INSCRIÇÃO: 766.105.005.1769.000 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 074987893		MATRÍCULA: 74987893 Jul/2019													
SITUAÇÃO ÁGUA CORTADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA												
HIDROMETRO ATUAL: 2309	DATA LEIT. ANTERIOR 13/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 14/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL												
ÁGUA LIT. ANT: 50% CONSUMO: 0 LIT. ATUAL: 50% LIT. TAT: 50%															
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS													
		PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11												
06/2019 00		TURBIDEZ	ANÁLISES REALIZ.												
05/2019 00		COR APARENTE	ATENDEN A LEGIS												
04/2019 00		CLORO RESIDUAL	73 73 73 73 73												
03/2019 00		COLIF. TOTAIS													
02/2019 00		E. COLI													
01/2019 00															
MÉDIA: 00		Qualidade de Água: www.compesa.com.br													
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA															
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)												
ÁGUA															
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)															
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 07/2019			12,39												
<table border="1"><thead><tr><th>TRIBUTOS</th><th>BASE DE CÁLCULO</th><th>PERCENTUAL (%)</th><th>VALOR DO IMPOSTO</th></tr></thead><tbody><tr><td>PIS</td><td>0,00</td><td>1,65</td><td>0,00</td></tr><tr><td>COPMS</td><td>0,00</td><td>7,60</td><td>0,00</td></tr></tbody></table>				TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	PIS	0,00	1,65	0,00	COPMS	0,00	7,60	0,00
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO												
PIS	0,00	1,65	0,00												
COPMS	0,00	7,60	0,00												

VENCIMENTO: 25/08/2019

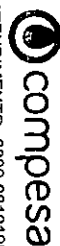
TOTAL A PAGAR: 12,39

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 5 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 221,31. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVIDADE E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

VENCIMENTO: 25/08/2019

TOTAL A PAGAR: 12,39

ATENDIMENTO: 0800-0810195
VIAZAMENTOS: 0800-0810185OUVIDORIA COMPESA
servicos.compesa.com.br/ouvidoria

MATRÍCULA: 74987893 07/2019

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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 5599
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 MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA CPF: 919.419.384-34 NIS: 12523181675	DATA DE VENCIMENTO 24/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 52,77	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 17/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 077739127	CONTA CONTRATO 007026223177 Nº DO CLIENTE 2015924565 Nº DA INSTALAÇÃO 0006468345
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA LO PRIMAVERA 5 -PR - PRIMAVERA/PAUDALHO 55825-000 PAUDALHO PE	RESERVADO AO FISCO A744.1899.5CF3.4049.11C5.4EBA.7738.6753		

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19198125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32911071	23,03
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	16,00	0,49366607	7,89
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,79
Contrib. flum. Pública Municipal			12,12
Multa por atraso-NF 070040833 - 18/07/19			0,73
Juros por atraso-NF 070040833 - 18/07/19			0,34
Atualização IGPM-NF 070040833 - 18/07/19			0,12
TOTAL DA FATURA			52,77

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	39,46	0,81	0,31
			39,46	3,72	1,46

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19328430	SET 19	116
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420230	AGO 19	116
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130330	JUL 19	115
		JUN 19	125
		MAI 19	157
		ABR 19	135
		MAR 19	129
		FEV 19	108
		JAN 19	109
		DEZ 18	108
		NOV 18	112
		OUT 18	106
		SET 18	115

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	19,19	48,63	
Transmissão	1,93	4,89	
Distribuição (Celpe)	11,73	29,73	
Encargos Setoriais	1,15	2,91	
Tributos	1,77	4,49	
Perdas de Energia	3,69	9,35	
TOTAL	39,46	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003170294725	CAT	19/08/2019	2.724,00	17/09/2019	2.840,00	29	1,00000	0,00	116,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jul/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	PAUDALHO	0,00	10,87	21,74	43,49
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 18,23					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! lanhonete almeida: av costa e silva centro / polimark comunicação assessor: r genuino silva 46 centroLista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. 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%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,12. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

CONTA CONTRATO 007026223177	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 52,77	VENCIMENTO 24/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

838000000009 527700110074 026223177109 141900959235

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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)
Capitals 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 PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos Antonio de Almeida
inscrito (a) no CPF/CNPJ 989419.384.34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Sedicley Jose Cardoso inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.175.474.22
do sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima Sedicley Jose Cardoso
inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.175.474.22, 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>Lo Primavera</u>	Número: <u>5 Pr</u>	Complemento: <u>Caba</u>
Bairro: <u>Primavera</u>	Cidade: _____	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>marcos.fetosa.25@hotmail.com</u>	CEP: <u>55.825.000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9.9253.2984</u>

Local e Data:

Paudalho 08/11/2019

Assinatura do Declarante



Nome:
329757-SIDICLEY JOSE CARDOSO

Idade: 40a 1m
Nascimento: 27/07/1979

Data do Atendimento: 18/08/2019

Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-986430804

Prontuário: 00329757

Nº Atendimento: 01333923

Mãe:
MARIA ZILDETE PEREIRA CARDOSO

Endereço:
RUA MINEIROLANDIA, 74 - SAN MARTIN -
RECIFE/ PE - CEP: 50761620

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

Dor e edema na perna direita apos acidente motociclistico hoje.

EXAME FÍSICO:

Edema na face anterior do 1/3 medio da perna esquerda
Sem deficit neurovascular do pe esquerdo
Glasgow = 15, nuca livre

DIAGNÓSTICO:

1. Fratura diafisária dos ossos da perna direita

UPA24h
UPA CAXANGÁ
Drº Filipe Vasconcelos
Coord. Medicina
CRM 11727



Nome:
329757-SIDICLEY JOSE CARDOSO

Idade: 40a 1m Nascimento: 27/07/1979

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-986430804

Mãe:
MARIA ZILDETE PEREIRA CARDOSO

Endereço:
RUA MINEIROLANDIA, 74 - SAN MARTIN -
RECIFE/ PE - CEP: 50761620

Data do Atendimento: 18/08/2019

Prontuário: 00329757

Nº Atendimento: 01333923

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Conduta:

1. Rx da perna esquerda - Fratura desviada dos ossos da perna direita na porção diafisária

- CD: 1. Tala coxopodálica
2. Analgesia
3. Transfiro paciente para tratamento cirurgico.

UPA CAXANGÁ
Dra. Ana Carolina
Coord. Medicina
CRM: 117957

FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 329757-SIDICLEY JOSE CARDOSO
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-986430804

Idade: 40a 1m
Nascimento: 27/07/1979

Mãe: MARIA ZILDETE PEREIRA CARDOSO

Endereço: RUA MINEIROLANDIA, 74 - SAN MARTIN - RECIFE/ PE - CEP: 50761620

Data do Atendimento: 18/08/2019

Prontuário: 00329757

Nº Atendimento: 01333923

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: DOMINGO, 18 DE AGOSTO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM

UNIDADE:

SENHA:

QP:

Dor e edema na perna direita apos acidente motociclistico hoje.

EVOLUÇÃO:

Edema na face anterior do 1/3 medio da perna esquerda
Sem deficit neurovascular do pe esquerdo
Glasgow = 15, nuca livre

1. Fratura diafisária dos ossos da perna direita

Cd: 1. 1. Transfiro o paciente para tratamento cirurgico.

UPA 24h
CAXANGÁ
CRM: 117117

MEDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome:
329757-SIDICLEY JOSE CARDOSO

Idade: 40a 1m Nascimento: 27/07/1979

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-986430804

Mãe:
MARIA ZILDETE PEREIRA CARDOSO

Endereço:
RUA MINEIROLÂNDIA, 74 - SAN MARTIN -
RECIFE/ PE - CEP: 50761620

Data do Atendimento: 18/08/2019

Prontuário: 00329757

Nº Atendimento: 01333923

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. Fratura diafisária dos ossos da perna direita

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

1. Transfiro o paciente para tratamento cirurgico.

UPA 24h
CAXANGÁ
Dr. Felipe Mesquita
Ortopedia e Traumatologia

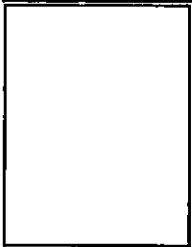
MÉDICO: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-18 17:57:23

	Nome Paciente:	SIDICLEY JOSE CARDOSO
	Cód. Paciente:	329757
	Data de Nascimento:	27/07/1979
	Sexo:	Masculino
	Idade:	40
	Senha:	OR0028
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1333923 
SAME:		

Período: 2019-08-18 17:57:23 - 2019-08-18 17:59:23

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

 AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO CBM,, QTC 1284380
VITIMA DE QUEDA DE MOTO, DOR EM MID.
NEGA VOMITO OU DESMAIO.

Observação:

HAS -
DM -
ALERGIA -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ANA CAROLINA AMORIM DE LIMA - COREN: 502206 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-09-06 11:18:29

SIDICLEY JOSE CARDOSO		01128318	700604483320
758904	MASCULINO	40a 0m 27d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-01

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM MID.
 HD: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
 PACIENTE CLICAMENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEM INTERCORRENCIA. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS
 PRESENTES. APETITE E SONO PRESERVADOS.
 FO: SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

Tratamento:

21/08/2019: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSINTESE COM PLACA ALCP E PARAFUSOS (DR MACENA)

OBS:

1. ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DR MACENA
2. RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 3 SEMANAS
3. ANTIBIOTICO E ANALGESIA PARA CASA
4. FISIOTERAPIA MOTORA
5. CARGA ZERO ATE RETORNO

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADA

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
14/08/2019	23/08/2019

Recife, 23 DE AGOSTO DE 2019

EMMANUEL COSTA MACIEL CRM: Nº.27967

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente SIDICLEY JOSE CARDOSO esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia-ortopedia, de 19/08/2019 ao dia 23/08/2019, para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30(TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais, para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10:S82

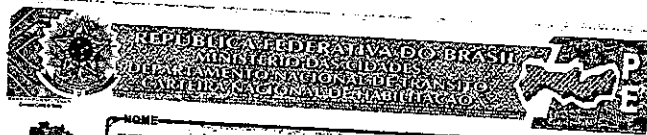
Recife, 23/08/2019

EMMANUEL COSTA MA-

CIEI

CRM-PE 27967

Assinatura do Médico



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1483100484

NOME SIDICLEY JOSE CARDOSO	
FOTO	
DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR / UF 5475115 SSP PE	
CPR 039.175.474-22	DATA NASCIMENTO 27/07/1979
FILIAÇÃO SEVERINO JOSE CARDOSO MARIA EILDETE PEREIRA CARDOSO	
PERMISSÃO	ACC. CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 02470894325	VALIDADE 15/08/2022
	1ª HABILITAÇÃO 15/08/2002

OBSERVAÇÕES

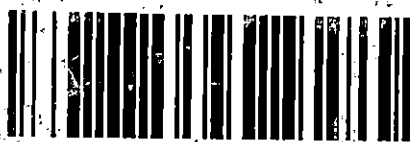
Sidicley José Cardoso

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483100484

LOCAL RECIFE, PE	DATA EMISSÃO 15/08/2017
Chelso Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente ASSINATURA DO EMISSOR	
24442550040 PE080779950	
PERNAMBUCO	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1302534384	NOME MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 4250694 SSP PE
	CPF 919.419.384-34
	DATA NASCIMENTO 16/05/1971
	FILIAÇÃO MARCEL COSME DE ALMEIDA MARIA JOSE DE ALMEIDA
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1302534384	PERMISSÃO AD
	ACC AD
	CAT. HAB. AD
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1302534384	Nº REGISTRO 00495825750
	VALIDADE 19/10/2021
	1ª HABILITAÇÃO 25/01/1999
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1302534384	OBSERVAÇÕES sem observações
	ASSINATURA DO PORTADOR 
	LOCAL CARPINA - PE
	DATA EMISSÃO 19/10/2016
	ASSINATURA DO DETRAN  38943336844 72075278847
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)	



OUTROS

ARUANA SEGUROS

Folha Separadora

OUTROS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Sidicley Jose Cardoso
 DATA DO ACIDENTE 18/08/2019 CPF DA VÍTIMA 039.175.474-22
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Sidicley Jose Cardoso
 ENDEREÇO DO PORTADOR LO PRIMAVERA
 Nº 05 COMPLEMENTO Caba BAIRRO PRIMAVERA
 CIDADE PAUDALHO UF PE CEP 55825-000
 E-MAIL marcosfeitosa25@hotmail.com TELEFONE (81) 99534-7625

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL). OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 20/11/19

IDENTIDADE 4250 694

ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 26 Nov 2019

NOME [Assinatura]

ASSINATURA [Assinatura]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407616/19

Vítima: SIDICLEY JOSE CARDOSO

Data do acidente: 18/08/2019

CPF: 039.175.474-22

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SIDICLEY JOSE CARDOSO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

SIDICLEY JOSE CARDOSO : 039.175.474-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

POLICIA AGIL

VOLTARSAIR DO SISTEMA

23/09/2019 17:15

1005001-0/2019

Defesa Social:



Relatório de Defesa Social - 2019

Relatório Detalhes do Veículo**Placa: PGQ1463****Situação:****Nome proprietário: SIDICLEY JOSE CARDOSO****CPF do proprietário:****UF: PE****Espécie: PAS****Marca: HONDA****Cor: PRETA****Município: CAMARAGIBE****Logradouro: RUA BARCELONA****Número: 26****CEP: 54771720****Complemento: CASA****Chassi: 9C2KD0540ER007235****Renavam: 587096667****Licenciamento: R\$0.0****IPVA: R\$0.0****Seguro: R\$0.0****Bombeiro: R\$0.0****Conservação: R\$0.0****Taxas: R\$0.0****Multas: R\$0.0****Quantidade de multas: 0****Quantidade de multas a vencer: 0****Multas a vencer: 0.0****IPVA a vencer: 0.0****Total: 0.0****Tipo: MOTOCICLETA****Marca/Modelo: HONDA****Ano Fabricação: 2013****Bairro: ALBERTO MAIA****Restrição: AL. FID. ADM**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014487629876
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 587096667 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
SIMPLEY JOSE CARDOSO

CAMARAGIBA-PE

CPF / CNPJ 039.175.474-22 PLACA PQ21463

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2KDD54000007235

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/MAR150 BRKS ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	1ª	*****	*****
	2ª	*****	*****
	3ª	*****	*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	80.43	22/01/19

OBSERVAÇÕES
AL. FID. ADM CONS GPE HONDA HONDA

LOCAL
CAMARAGIBA

DATA
26/01/19

Assessoria Técnica de Registro e Licenciamento de Veículos - DETRAN/PE

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

PE Nº 014487629876 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SIMPLEY JOSE CARDOSO

54771-720

CASA (CAMARAGIBA-PE)

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 26/01/19

VIA 1 CPF / CNPJ 039.175.474-22 PLACA PQ21463

RENAVAM 587096667 MARCA / MODELO HONDA/MAR150 BRKS MSD

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. 09 CHASSI 9C2KDD54000007235

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	2.00	38.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4.15	0.32	44.82

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/02/19

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESPESAS E GASTOS O SEGURO DPVAT
NÃO COBRE O VALOR DO PORTE DO VEÍCULO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647804 **Cidade:** Paudalho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIDICLEY JOSE CARDOSO **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P 1/2/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SIDICLEY JOSÉ CARDOSO, Brasileiro (a),
portador(a) do RG nº 5475415, SSP/PE inscrito(a) no CPF sob
nº 039 11751474-22 Residente na Rua
ACANI, Nº 74, Bairro ALBERTO MAIA, Município
de CAMAÇA 6136 -PE,

OUTORGADO: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA, Brasileiro, Portador do RG:
4.250694 SSP/PE, Inscrição no CPF sob o nº 919.419.384-34, Residente na rua Lo. Primavera,
Primavera, Paudalho-PE

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Mandato o(a) OUTORGANTE acima
qualificado(a), nomeia e constitui seu Bastante procurador o OUTORGADO, para Representa-la
Perante as SEGURADORAS que Constitui o CONSORCIO DO SEGURO DPVAT, na
cobertura; DAMS, Vítima de acidente de trânsito no dia 18/08/2019,
Podendo para este fins /prestar declarações, apresentar documentos Particulares, preencher
Formulários constando dados Particulares do OUTORGANTE, Solicitar perícias, pegar cópia de
BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer Delegacias deste Estado de Pernambuco, Solicitar
e pegar BOLETIM DE OCORRÊNCIA da POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO, Solicitar e
pegar cópia de prontuário médico, também solicitar e pegar ficha de esclarecimento ou boletim
de emergência em quaisquer Hospital Particular, Municipal, Estadual, Federal, Solicitar e pegar
BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em quaisquer posto da POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL,
Solicitar e pegar declaração junto ao SAMU e ao CORPO DE BOMBEIROS, em fim tudo o mas
necessário para o bom e fiel desempenho do presente mandato.

S2 da mata - 10/09/2019



Sidicley José Cardoso

OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial da São Lourenço da Mata/PE
Rua Dez de Janeiro, 358 - Centro
(01) 3519-0217 - serventianotarial@gmail.com
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
(1) Sidicley José Cardoso, São Lourenço da Mata,
10/09/2019, 09:32. DOU FE. Anna Gabriella Perinha de
Medeiros - escrevente autorizada. Ao Cartório: R\$ 3,59
- TSNR: R\$ 0,60 - FERC: R\$ 0,40 - FERN: R\$ 0,04 -
FUNSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 4,91. Selo(s):
0159483.8AB00201902.00420

Consulte a autenticidade em: www.tpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407616/19

Vítima: SIDICLEY JOSE CARDOSO

Data do acidente: 18/08/2019

CPF: 039.175.474-22

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SIDICLEY JOSE CARDOSO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

SIDICLEY JOSE CARDOSO : 039.175.474-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2019
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA