



Número: **0000224-43.2019.8.17.2290**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (AUTOR)		ESPEDITA ROSANA ARAUJO BEZERRA (ADVOGADO) FRANCISCA ALSILEIDE LOPES DE HOLANDA SAMPAIO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62338836	22/05/2020 13:55	2721005_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BODOCO/PE

Processo: 00002244320198172290

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **28/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 09/10/2018.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **28/09/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e seqüela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BODOCO, 14 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BODOCO**, nos autos do Processo nº 00002244320198172290.

Rio de Janeiro, 14 de maio de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0000224-43.2019.8.17.2290**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (AUTOR)		ESPEDITA ROSANA ARAUJO BEZERRA (ADVOGADO) FRANCISCA ALSILEIDE LOPES DE HOLANDA SAMPAIO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62338835	22/05/2020 13:55	ANEXO 1	Outros (Documento)

Eu Osmael Peixoto Rodrigues, venho
pedir a Seguradora Líder DPVAT, uma
nova oportunidade de ter direito a
meu Seguro DPVAT, pelo um novo
cadastro para que assim possa ser
analisada a minha situação, pois
com fratura de clavícula não posso
nem trabalhar.

Agradeço a compreensão

CPF 306.655.394 - 79



ASU 042564118
SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Osmael Peixoto Rodrigues
DATA DO ACIDENTE 28/09/2018 CPF DA VÍTIMA 304.655.394-79
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SERGIO FRANCISCO A. SAMPAIO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCLIDES BEZERRA LINS
Nº 100 COMPLEMENTO _____ UF PE BAIRRO CENTRO
CIDADE OURICURI CEP 56200-000
E-MAIL sergiofasamapio@hotmail.com TELEFONE (87) 9980-5451
99998-3988

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAÇÃO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ÚLTIMA DEFINIÇÃO)
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência do acidente e o tratamento realizado (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTES (ORÇÃOS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
(X) FOLHAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ADOTIVADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (X) 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)
(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) 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\$ 2.730,30 (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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 932 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 28/11/18IDENTIDADE 4.407.038 SSP/PEASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL

DATA 23 NOV 2018NOME AbuASSINATURA [Assinatura]

Eu Osmael Peixoto Rodrigues, venho
informar a Seguradora Lider DPVAT que
não é possível eu resolver essa pendência
documental do meu processo 3180/611112
uma vez que o Raio "x" que foi feito
pelo hospital não ficou comigo, é normal
de lá os "Raio x" ficam no arquivo de lá
e também não enviei ainda o médico
olhar e daí dá o diagnóstico só no boletim
de atendimento. Já enviei os Documentos
médicos que tenho.

Pelo que não me prejudiquem por isso
fratura a clavícula e tenho sequelas
que só o médico fazendo perícia poderá
comprovar.

Telefone do Hospital Regional de Ouricuri para
qualquer esclarecimento é 3874-41844

Agradeço a compreensão.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA OMBRO(CLAVÍCULA) DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CALO PALPÁVEL E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E EXTENSÃO.

Resultados terapêuticos: COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO FEITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/04/2019

Conduta mantida:

Observações: COM RX

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA OMBRO(CLAVÍCULA) DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CALO PALPÁVEL E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E EXTENSÃO.

Resultados terapêuticos: COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO FEITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/04/2019

Conduta mantida:

Observações: COM RX

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAR PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAR PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO; TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAR PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 2817364380-6 CPF: 306.655.394-79
Endereço: Rua Nova 20A

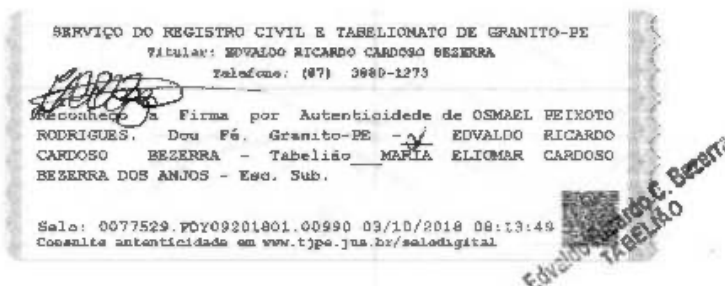
OUTORGADO:

Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SANPAIO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: DIRETOR GERAL
Identidade: 4047038 CPF: 007.662.344-01
Endereço: RUA EUCLIDES BEZERRA LINS Nº 100

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: Granito 03/10/2018

X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 2817364380-6 CPF: 106.655.394-79
Endereço: Rua Nova 20A

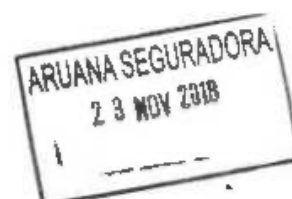
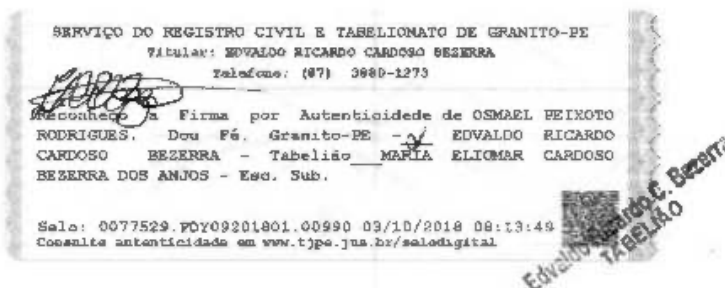
OUTORGADO:

Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SANPAIO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: DIRETOR GERAL
Identidade: 4047038 CPF: 007.662.344-01
Endereço: RUA EUCLIDES BEZERRA LINS Nº 100

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: Granito 03/10/2018

X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463431/18

Número do Sinistro: 3180611112

Vítima: OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

CPF: 106.655.394-79

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: OSMAR PEIXOTO
RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 09/04/2019
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463431/18
Vítima: OSMAR PEIXOTO RODRIGUES
CPF: 106.655.394-79
CPF de: Próprio
Data do acidente: 28/09/2018
Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A
Titular do CPF: OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

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

OSMAR PEIXOTO RODRIGUES : 106.655.394-79

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: 26/12/2018
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425641/18

Vítima: OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

CPF: 106.655.394-79

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: OSMAR PEIXOTO
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

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

OSMAR PEIXOTO RODRIGUES : 106.655.394-79

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 cancela 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: 23/11/2018
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

ABENILDA MARIA BARBOSA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463431/18

Número do Sinistro: 3180611112

Vítima: OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

CPF: 106.655.394-79

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2018

Titular do CPF: OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

Documentos de identificação

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: 18/01/2019
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO
CPF: 007.662.344-01

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3180553512**

Vítima: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Data do Acidente: **28/09/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180553512**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13648480

Pag. 00651/00652 - carta_01 - INVALIDEZ

00020326



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**
Nº do Pedido do Seguro DPVAT: **3180553512**
Vítima: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**
Data do Acidente: **28/09/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você.

Pag. 00429/00430 - carta_07 - INVALIDEZ

00040215



Carta nº 13653864



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	106.655.394-75	Osmar Peixoto Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Osmar Peixoto Rodrigues	
Profissão:	Endereço:	CPF: 106.655.394-75
Agricultor	Rua Nova	Número: 20A Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Granito	Estado: PE CEP: 56.160-000
E-mail:	(DDD) 84 99998-3998	

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

RENDIA 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 2130	CONTA: 055.496	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (val nascer)?
		☐ Sim ☒ Não
		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.

Local e Data, Ouro Preto 03/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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.



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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	106.655.394-75	Osmar Peixoto Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Osmar Peixoto Rodrigues	
Profissão:	Endereço:	CPF: 106.655.394-75
Agricultor	Rua Nova	Número: 20A Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Granito	Estado: PE CEP: 56.160-000
E-mail:	Tel (DDD): 84 99998-3998	

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

RENDA 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 2130	CONTA: 055.496
(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.

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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (val nascer)? ☐ Sim ☒ Não
		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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se houver)	Local e Data: Osmar 03/11/2018	TESTEMUNHAS
Nome:	CPF:	1º Nome: CPF:
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):	Assinatura do Representante Legal (se houver):	Assinatura do Procurador (se houver):
Osmar Peixoto Rodrigues		

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180611112
Nome do(a) Examinado(a): Osmael Peixoto Rodrigues
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nova, 20 A
Centrogranito Trindade PE CEP: 56160-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2017164380-6
Data local do acidente: [28/09/2018]
Data local do exame: [25/04/2019] Juazeiro do Norte [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA OMBRO(CLAVÍCULA) DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FRATURA TRATADA CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 19/12/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CALO PALPÁVEL E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E EXTENSÃO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| () "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
com rx

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Jorge Coelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 35511





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ªCIRC
DINTER2/24ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0299000245**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **16:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, PE GIVALDO SAMPAIO - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (OUTRO)
OSMAR PEREIRA RODRIGUES (TESTEMUNHA)
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES** Pai: **OSMAR PEREIRA RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/5/1983** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **20171643806/SSP/CE (RG), 10665539479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991310711**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA IRAN GRANGEIRO XAVIER - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

OSMAR PEREIRA RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, AV JOSE SARAIVA XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SAÍDA DE MOREILÂNDIA**

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07201734423 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA VEREADOR LUIZ ALEXANDRE DE SOUZA - CEP: 0 -**

09/10/2018 16:51



Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA POPULAR DE GRANITO PE

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

QUEDA DE MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NGY2602** (GOIAS/SANTA HELENA DE GOIAS) Renavam: **912717149** Chassi: **9C2KC08607R011837**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV**

Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO NO MOMENTO DO ACIDENTE É EM NOME DO SR. PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**

Complemento / Observação

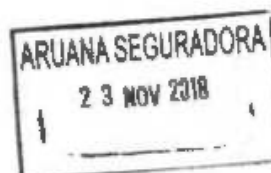
COMPARECEU A ESTA DEPOL HOJE, DIA 09 DE OUTUBRO DE 2018, COMUNICANDO E DECLARANDO SOB A FORMA E PENAS DA LEI, QUE NO DIA 28/09/2018, NA PARTE DA MANHÃ, QUANDO VINHA PILOTANDO UMA MOTO NA PE GIVALDO SAMPAIO, NO SENTIDO TIMORANTE MUNICIPIO DE EXU DESTINO A CIDADE DE GRANITO, QUE, ANTES DE CHEGAR NA CURVA FECHADA PRÓXIMO AO DISTRITO DE RANCHARIA, PERDEU O CONTROLE DA DEVIDA MOTO E CAIU SOBRE A PISTA, SENDO JOGADO PARA O ACOSTAMENTO, QUE, NÃO LEMBRA MAIS DE NADA, APENAS SABE QUE FOI SOCORRIDO POR CHICO DE ONOFRE PARA O HOSPITAL DE GRANITO, QUE RESIDE EM RANCHARIA, MUNICIPIO DE GRANITO-PE, QUE, FOI ATENDIDO PELO DR. ULISSES, QUE, EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO SEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. TÍCIANO DANTAS SAMPAIO MÉDICO DE PLANTÃO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE, QUE, CONFORME O LAUDO MÉDICO A VÍTIMA SOFREU: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO, RX COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
(VÍTIMA)

X **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**



09/10/2018 16:51





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ªCIRC
DINTER2/24ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0299000245**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **16:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, PE GIVALDO SAMPAIO - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (OUTRO)
OSMAR PEREIRA RODRIGUES (TESTEMUNHA)
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES** Pai: **OSMAR PEREIRA RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/5/1983** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **20171643806/SSP/CE (RG), 10665539479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991310711**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA IRAN GRANGEIRO XAVIER - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

OSMAR PEREIRA RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, AV JOSE SARAIVA XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SAÍDA DE MOREILÂNDIA**

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07201734423 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA VEREADOR LUIZ ALEXANDRE DE SOUZA - CEP: 0 -**

09/10/2018 16:51



Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA POPULAR DE GRANITO PE

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

QUEDA DE MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NGY2602** (GOIAS/SANTA HELENA DE GOIAS) Renavam: **912717149** Chassi: **9C2KC08607R011837**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV**

Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO NO MOMENTO DO ACIDENTE É EM NOME DO SR. PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**

Complemento / Observação

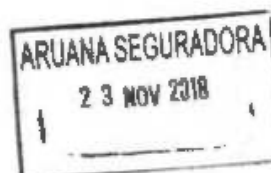
COMPARECEU A ESTA DEPOL HOJE, DIA 09 DE OUTUBRO DE 2018, COMUNICANDO E DECLARANDO SOB A FORMA E PENAS DA LEI, QUE NO DIA 28/09/2018, NA PARTE DA MANHÃ, QUANDO VINHA PILOTANDO UMA MOTO NA PE GIVALDO SAMPAIO, NO SENTIDO TIMORANTE MUNICIPIO DE EXU DESTINO A CIDADE DE GRANITO, QUE, ANTES DE CHEGAR NA CURVA FECHADA PRÓXIMO AO DISTRITO DE RANCHARIA, PERDEU O CONTROLE DA DEVIDA MOTO E CAIU SOBRE A PISTA, SENDO JOGADO PARA O ACOSTAMENTO, QUE, NÃO LEMBRA MAIS DE NADA, APENAS SABE QUE FOI SOCORRIDO POR CHICO DE ONOFRE PARA O HOSPITAL DE GRANITO, QUE RESIDE EM RANCHARIA, MUNICIPIO DE GRANITO-PE, QUE, FOI ATENDIDO PELO DR. ULISSES, QUE, EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO SEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. TICIANO DANTAS SAMPAIO MÉDICO DE PLANTÃO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE, QUE, CONFORME O LAUDO MÉDICO A VÍTIMA SOFREU: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO, RX COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
(VÍTIMA)

X **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**



09/10/2018 16:51





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ªCIRC
DINTER2/24ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0299000245**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **16:40**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, PE GIVALDO SAMPAIO** - Bairro: **JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (OUTRO)
OSMAR PEREIRA RODRIGUES (TESTEMUNHA)
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES** Pai: **OSMAR PEREIRA RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/5/1983** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **20171843806/SSP/CE (RG), 10665639479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991310711**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA IRAN GRANGEIRO XAVIER - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

OSMAR PEREIRA RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, AV JOSE SARAIVA XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SAÍDA DE MOREILÂNDIA**

PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07201734423 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA VEREADOR LUIZ ALEXANDRE DE SOUZA - CEP: 0 -**



Local: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA POPULAR DE GRANITO PE

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

QUEDA DE MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CO 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NGY2802** (GOIAS/SANTA HELENA DE GOIAS) Renavam: **912717149** Chassi: **9C2KC08607R011837**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV**

Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO NO MOMENTO DO ACIDENTE É EM NOME DO SR. PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL HOJE, DIA 09 DE OUTUBRO DE 2018, COMUNICANDO E DECLARANDO SOB A FORMA E PENAS DA LEI, QUE NO DIA 28/09/2018, NA PARTE DA MANHÃ, QUANDO VINHA PILOTANDO UMA MOTO NA PE GIVALDO SAMPAIO, NO SENTIDO TIMORANTE MUNICIPIO DE EXU DESTINO A CIDADE DE GRANITO, QUE, ANTES DE CHEGAR NA CURVA FECHADA PRÓXIMO AO DISTRITO DE RANCHARIA, PERDEU O CONTROLE DA DEVIDA MOTO E CAIU SOBRE A PISTA, SENDO JOGADO PARA O ACOSTAMENTO, QUE, NÃO LEMBRA MAIS DE NADA, APENAS SABE QUE FOI SOCORRIDO POR CHICO DE ONOFRE PARA O HOSPITAL DE GRANITO, QUE RESIDE EM RANCHARIA, MUNICIPIO DE GRANITO-PE, QUE, FOI ATENDIDO PELO DR. ULISSES, QUE, EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. TÍCIANO DANTAS SAMPAIO MÉDICO DE PLANTÃO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE, QUE, CONFORME O LAUDO MÉDICO A VÍTIMA SOFREU: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO, RX COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

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

OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES
(VITIMA)

X **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 106.655.394-79 Nome completo da vítima: Osmar Peixoto Rodrigues

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

Nome completo: Osmar Peixoto Rodrigues Nº do documento: 106.655.394-79

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Nova Número: 20A Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000

E-mail: _____ Tel (DDD): 84 99998-3998

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

RENDAS 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 055.496 5

(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.

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Oliveira 03/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Osmar Peixoto Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª 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 ROSTO, 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 106.655.394-75 Nome completo da vítima: Osmar Peixoto Rodrigues

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

Nome completo: Osmar Peixoto Rodrigues CPF: 106.655.394-75

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Nova Número: 20A Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000

E-mail: _____ TEL(DDD): 84 99998-3998

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

REDA 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 055.496 5

(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.

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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Ouro Preto 03/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Osmar Peixoto Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 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 ROSTO, 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.

Data: 28.09.2018	Hora: 11:30h	PSF: J	CSOS 704705712455634		
Nome: Daniel Pinheiro Rodrigues			Sexo: (X) M () F	Idade: 35	DN: 08/05/1983
Filiação: Uirapuru Pinheiro Rodrigues					
Endereço: Rua José Gonçalves Xavier					
Profissional:			Cidade: Granito	Telefone:	
Responsável:					

EXAME CLÍNICO

PA: 100/80mmHg	Temp.: 36,5°C	Peso: 70kg	Conduta (continuação):
OPDRDA pac. vítima de acidente de trânsito com lesões múltiplas no tórax e abdômen, com dor intensa, sem alteração de consciência, sem hemorragias externas, sem fraturas ósseas evidentes.			1. SG 50% de perda de sangue. 2. Conduta: RCP, oxigênio, hemodinâmica. 3. D.P. Paciente em choque hipovolêmico.
Exame Físico SG 50%, RCP, oxigênio, hemodinâmica.			ARUANA SEGURADORA 23 NOV 2018
Hipótese Diagnóstica: 1. Lesão Clínica 2. Hemorragia			
Conduta:			
() Residência () Ambulatório () Observação () Internam () Transferência: H.A.P.A. (Granito) () Óbitos:			Médico (a) CRM Assinatura: (Paciente ou Responsável)



Data: 28.09.2018	Hora: 11:30h	PSF: J	CSOS 704705712455634		
Nome: Daniel Pinheiro Rodrigues			Sexo: (X) M () F	Idade: 35	DN: 08/05/1983
Filiação: Urmã Lúcia Pinheiro Rodrigues					
Endereço: Rua José Gonçalves Xavier					
Profissional:			Cidade: Granito	Telefone:	
Responsável:					

EXAME CLÍNICO

PA: 100/80mmHg	Temp.: 36,5°C	Peso: 65kg	Conduta (continuação):
OPDRDA pac. vítima de AVC em tratamento com Aspirina cont. com med. para controle de pressão em acompanhamento com neurologista			em SG de risco de infarto em acompanhamento com cardiologista em tratamento com med. para controle de pressão
Exame Físico pac. consciente, orientado em tratamento com med. para controle de pressão			ARUANA SEGURADORA 23 NOV 2018
Hipótese Diagnóstica: AVC Isquêmico			() Residência () Ambulatório () Observação () Internam () Transferência: HAPA (contínua) () Outros:
Conduta: continuar com med. para controle de pressão			Médico (a) CRM Assinatura: (Paciente ou Responsável)



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: 02/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 000000055496-5

Nr. da Autenticação B1323B09D97E9686





DADOS DO CLIENTE
MARIA L. CHANIE DE SOUZA RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
E-MAIL: info@nbo.com.br

* 125 514-8010 15406335234

CEN 3016407
 GRANITE
 66465-000

CLASSIFICAÇÃO
DE RENDIMENTO:
BAIXA RENDA COM MÚLTIPLAS
MONTANHAS

CONTRACT NUMBER: 4005917420
DATE OF WORK: 06/2018
DATE OF WORK: 13/07/2018
TOTAL LENGTH: 89.92

Nº DE REGISTRO 02041443	SERIE 1363	EMISSÃO 14/09/2019
Nº DE REGISTRO 14-752019	Nº DO CÚPONE 00025504	Nº DA INSTALAÇÃO 255332

Quilombo Arroz de Cuiabá
Quilombo Arroz Superior 30 até 100 mWh
Quilombo Arroz Superior 1 CG até 700 mWh
Alcance do Bando AMARELA
Agricultura Bandeira VERMELHA
Correio de Bandeira ao Público
ICMS Subvenção - CF nº 312/2005-330410
Multa por atraso NF 312/2005-330418
Juros por atraso NF 312/2005-330418
Requisição de NF NF 312/2005-330419

Account Number	Account Name	Account Type	Account Balance
1000000000	1000000000	1000000000	1000000000
2000000000	2000000000	2000000000	2000000000
3000000000	3000000000	3000000000	3000000000
4000000000	4000000000	4000000000	4000000000
5000000000	5000000000	5000000000	5000000000
6000000000	6000000000	6000000000	6000000000
7000000000	7000000000	7000000000	7000000000
8000000000	8000000000	8000000000	8000000000
9000000000	9000000000	9000000000	9000000000
0000000000	0000000000	0000000000	0000000000

721(D) DRAFT/924

29.92

DEMONSTRATIVO DE DENSUNDO DESTA NOTA FISCAL.

Nº DO MEDICAMENTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA LITRAGEM	ATUAL DATA LITRAGEM	VOLUME CONSTANTE CUBIC	AJUSTE	CONSUMO (ML)
		05-06-93 22,80 L	14-07-93 39,58 L	- 50000		16,78 ML

[illegible]

DEFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ADEPTO

100-85707-1118

Varid	Drift (m)	Veg	Varm	Grass (m)	Veg
230518	14.05/18	66.67			

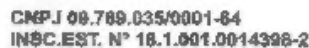
Os cursos de pós-graduação em música e em conservação de bens culturais são oferecidos, para quem quiser, em parceria com o Instituto de Física da USP. Os cursos são ministrados e avaliados pelo IFUSP, com o ingresso no curso e a matrícula sendo realizados no IFUSP. Os cursos são ministrados em um edifício do IFUSP, com o acesso sendo feito pelo IFUSP.

DIVISÃO DE PRODUÇÃO DA INTERM - CODEC					NÍVEL DE TENDÃO		
TÍT. CONSUMO	LÍQUIDO	LÍQUIDO	CAPAC. TEND.	LÍQUIDO	TENDÃO	LÍQUIDO DE VARIÁVEL (V)	
						RECORR.	RECORR.
	6.30	120	13.15	1:48	223		
ENC	0.27	153	6.65	13.73			
ENC	1.05	182	0.23	0.80			
ENC							

ENC - 100% de produção de produtos acabados de Intermed - 100% de 100%

ARUANA SEGUADOR
23 NOV 2018





ATENDIMENTO: AVENIDA FERNANDO BEZERRA - NUN. - 00596 - CENTRO
O OURICURI PE 56200-000

DADOS DO CLIENTE

MATRICULA: 16730510

Jul/2018

JOSE FERREIRA CAVALCANTI

R EUCLIDES BEZERRA LINS, CUMPEZA 00100 - - CENTRO OURICURI PE

56200-000

INSCRICAO: 099.190.415.0160.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMATICO: 016780510

SITUACAO AGUA	SITUACAO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PUBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL	

HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
Y07N228553	25/06/2018	06/08/2018	MEDIA MD

AGUA:

LEIT ANT: 391

CONSUMO: 2

LEIT ATU:

RECURRENCIA TAXA N

LEIT FAT: 401

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDEN
		MS 2.934/11	REALIZ.	A LEGIS
06/2018	02	54	54	35
05/2018	02	54	54	36
04/2018	02	54	54	54
03/2018	02	54	54	54
02/2018	01	54	54	54
01/2018	02	54	54	54
MEDIA:	02			

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICÕES SANITARIAS DA AGUA

(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

Qualidade de Agua: www.cmpesa.com.br

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	2 M3	41,30
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 06/2018		0,62

PG	41,30	1,65	0,68
COPME	41,30	7,60	3,14

VENGIMENTO: 20/08/2018

TOTAL A PAGAR: 42.12

MESSAGEN:

ARUANA SEGUADORA
23 NOV 2018





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
E-MAIL: info@nbo.com.br

CEN 10000000
 GRANITE
 5645-000

COPIES DESTROYED 4005917420 MEGARD 06/2018
DATA DESTRUCTION 2/06/2018 13/07/2018
TOTAL LPHCAP 89.92

QUANTITY	PRICE	TOTAL
01 000000	0.24 887625	2.96
70 000000	0.47838554	33.28
66 000000	C 04257E54	0.73
		3.66
		37.13
		3.66
		1.21
		0.25
		0.00

721(D) DRAFT/98

29.97

DEMONSTRATIVO DE DENSUNDO DESTA NOTA FISCAL.

Nº DO MEDIDOR	TIPO-CA PUNTAO	ANTERIOR DATA 15-03-2018	POSTERIOR DATA 15-06-2018	VALOR CONSTANTE - 00000	AJUSTE	CONSUMO (M³)
77		00000	00000			00.00

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR CAUSA

CAUSA	1998	1999	2000	2001	2002
DOENÇAS DO APARATO CIRCULATÓRIO	1.129	1.089	1.049	1.019	989
DOENÇAS DO APARATO RESPIRATÓRIO	1.019	989	959	929	899
DOENÇAS DO APARATO DIGESTIVO	989	959	929	899	869
DOENÇAS DO APARATO URINÁRIO	869	839	809	779	749
DOENÇAS DO APARATO REPRODUTOR	749	719	689	659	629
DOENÇAS DO APARATO MUSCULOESQUELÉTICO	629	599	569	539	509
DOENÇAS DO APARATO NERVOSO	509	479	449	419	389
DOENÇAS DO APARATO ENDOCRINO	389	359	329	299	269
DOENÇAS DO APARATO IMUNOLÓGICO	269	239	209	179	149
DOENÇAS DO APARATO HEMATOLOGICO	149	119	89	59	29
DOENÇAS DO APARATO LINFÁTICO	29	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO GINECOLÓGICO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO UROLOGICO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO OTO-RINOLARINGOLÓGICO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO OCULAR	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO DENTÁRIO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO CUTÂNEO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO SENSITIVO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO REPRODUTOR MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO REPRODUTOR FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO ENDOCRINO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO ENDOCRINO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO IMUNOLÓGICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO IMUNOLÓGICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO HEMATOLOGICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO HEMATOLOGICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO LINFÁTICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO LINFÁTICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO GINECOLÓGICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO GINECOLÓGICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO UROLOGICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO UROLOGICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO OTO-RINOLARINGOLÓGICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO OTO-RINOLARINGOLÓGICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO OCULAR MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO OCULAR FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO DENTÁRIO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO DENTÁRIO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO CUTÂNEO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO CUTÂNEO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO SENSITIVO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO SENSITIVO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO REPRODUTOR MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO REPRODUTOR FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO ENDOCRINO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO ENDOCRINO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO IMUNOLÓGICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO IMUNOLÓGICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO HEMATOLOGICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO HEMATOLOGICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO LINFÁTICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO LINFÁTICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO GINECOLÓGICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO GINECOLÓGICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO UROLOGICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO UROLOGICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO OTO-RINOLARINGOLÓGICO MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO OTO-RINOLARINGOLÓGICO FEMININO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO OCULAR MASCULINO	0	0	0	0	0
DOENÇAS DO APARATO OCULAR FEMININO	0	0	0	0	0

DIFFERENTIALS AND PARTIALS

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ADEPTO

100-85707-1118

Varid	Drift (m)	Veg	Varm	Grass (m)	Veg
230518	14.05/18	66.67			

Os cursos de pós-graduação em música e em conservação de bens culturais são oferecidos, para quem quiser, em parceria com o Instituto de Física da USP. Os cursos são ministrados e avaliados pelo IFUSP, com o ingresso no curso e a matrícula sendo realizados no IFUSP. Os cursos são ministrados em um edifício do IFUSP, com o acesso sendo feito pelo IFUSP.

DISTRIBUIÇÃO E PROJEÇÃO DA INTERMEDIÇÃO					NÍVEL DE TENDÊNCIA		
TÍTULOS CONCRETOS	NÍVEL DE TENDÊNCIA	NÍVEL DE TENDÊNCIA	CAPITAL INTERMEDIÁRIO	NÍVEL DE TENDÊNCIA	TÍTULOS CONCRETOS	NÍVEL DE TENDÊNCIA	
						NÍVEL DE TENDÊNCIA	NÍVEL DE TENDÊNCIA
ENC	0,30	0,30	13,75	12,48	223	0,30	0,30
ENC	0,00	0,00	6,66	19,73			
ENC	0,00	0,00	0,00	0,00			

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da Comissão de Intermediação - CIB/BCB.

ARUANA SEGUADOR
23 NOV 2018



CNPJ 08.789.035/0001-84
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA FERNANDO BEZERRA - MUN. - 00696 - CENTR
O OURICURI PE 56200-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 16780510 Jul/2018	
JOSE FERREIRA CAVALCANTI R EUCLIDES BEZERRA LINS, COMPESA 00100 - CENTRO OURICURI PE 56200-000			
INSCRIÇÃO: 099.190.415.0160.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 016780510			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y07N228553	DATA LEIT. ANTERIOR 25/06/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/08/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 391 CONSUMO: 2
LEIT ATU: RECORRENÇA TAXA M
LEIT FAT: 401

HISTÓRICO DE CONSUMO

		NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT.	ANÁLISES	ATENDIM
REFERÊNCIA CONSUMO		MS 2.914/11	REALIZ.	A LEGIS
00/2018	02			
05/2018	02			
04/2018	02			
03/2018	02			
02/2018	01			
01/2018	02			
MÉDIA:	02			

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERÍCHIA 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

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2018		0,82

Obs.: Valor em reais

PAGAMENTO	VALOR EM R\$	VALOR EM DOLÁRES	VALOR EM EURO
PAG. COMPRO	41,30	1,65	0,68
	41,30	7,60	3,14

ARIANA SEGURO
23 NOV 2018



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

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

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=T&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 Sergio F. A. Sampaio inscrito (a) no CPF/CNPJ 007.662.344/01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Osmael Peixoto Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/79 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Osmael Peixoto Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/079 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Diretor Geral Renda: 1279,15 e apresento os documentos comprobatórios: contra cheque

☐ 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>Buclides Bezerra Lima</u>		Número <u>100</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ousiensi</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.200-000</u>
Email <u>SergioFasampaio@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 99980-5451</u>	Telefone celular (DDD) <u>(87) 9.9999-3998</u>

Ousiensi, 08 de novembro de 2018
Local e Data

Sergio F. A. Sampaio
Assinatura do Declarante



INSTR 1001/2017



C.F.C. DE VEIC AUT DO SERTÃO DO ARAPIPE LTDA ME
RUA EUCLIDES BEZERRA LINS. 80

Derivativo do Pagamento de Salário

01/07/2018 a 31/07/2018

Data de Admissão: 01/03/2010

Código Nome do Funcionário

GERAL

CBO Etn. Local Depto.

02.005.210/0001-74

000005 SERGIO FRANCISCO ANDRADE SANPAIO

DIRETOR GERAL

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Deductions
001	Salário Base	220:00	1.318,64	
460	Valor Alimentação		66,00	
903	INSS Folha			105,49
Férias Vencidas			1.384,64	105,49
			Valor líquido	1.379,15
Salário Base	Ref. Contrib. INSS	Base Calc. FGTS	INSS do Mês	Base Calc. INSS
1.318,64	1.318,64	1.318,64	105,49	833,77

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA, DISCRIMINADA NESTE RECIBO

SINATURA DO FUNCIONÁRIO

DATA



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

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

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=T&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 Sergio F. A. Sampaio inscrito (a) no CPF/CNPJ 007.662.344/01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Osmael Peixoto Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/79 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Osmael Peixoto Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/079 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Diretor Geral Renda: 1279,15 e apresento os documentos comprobatórios: contra cheque

☐ 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>Buclides Bezerra Lima</u>		Número <u>100</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ousiensi</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.200-000</u>
Email <u>SergioFasampaio@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)99980-5451</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)9.9999-3998</u>

Ousiensi, 08 de novembro de 2018
Local e Data

Sergio F. A. Sampaio
Assinatura do Declarante



01/001/2017



C.F.C. DE VEIC AUT DO SERTÃO DO ARAPIPE LTDA ME
RUA EUCLIDES BEZERRA LINS. 80

Derivativo do Pagamento de Salário

01/07/2018 a 31/07/2018

Data de Admissão: 01/03/2010

Código Nome do Funcionário

GERAL

CBO Etn. Local Depto.

02.005.210/0001-74

000005 SERGIO FRANCISCO ANDRADE SANPAIO

DIRETOR GERAL

Cód.	Descrição	Retenções	Vencimentos	Descontos
001	Salário Base	220,00	1.318,64	
460	Valor Alimentação		66,00	
903	INSS Folha			105,49
Férias Vencidas			1.384,64	105,49
			Valor líquido	1.379,15
Salário Base	Ret. Contrib. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. INSS
1.318,64	1.318,64	1.318,64	105,49	833,77

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

SINATURA DO RECEBENTE

DATA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Fernandes de Oliveira

RG nº 9357.707, data de expedição 30/11/11
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 072.017.344-23 com
domicílio na cidade de Granito, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Baixo, nº 5Nº,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Osmuel Peixoto Rodrigues cujo o condutor era
Osmuel Peixoto Rodrigues.

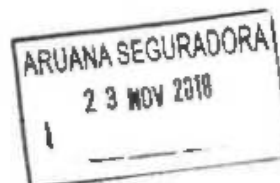
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 150 Sport
Ano: 2007
Placa: N6V 2602
Chassi: 9C2KCO8G07R0J1837
Data do Acidente: 28/09/2018
Local e Data: Oliveira 09/10/2018

Paulo Fernandes de Oliveira
Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE
Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA
Telefone: (87) 3660-1273
Reconheço a Firma por Autenticidade de PAULO FERNANDES
DE OLIVEIRA. Dou Fé. Granito-PE - X EDVALDO RICARDO
CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELIOMAR CARDOSO
BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.
Selo: 0077529-JXB09201801.01032 09/10/2018 10:01:30
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Edvaldo Ricardo C. Bezerra
TABELIÃO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Fernandes de Oliveira

RG nº 9357.707, data de expedição 30/11/11
Órgão SDS PE, portador do CPF nº 072.017.344-23 com
domicílio na cidade de Granito, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Baixo, nº 5Nº,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Osmuel Peixoto Rodrigues cujo o condutor era
Osmuel Peixoto Rodrigues.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 150 Sport
Ano: 2007
Placa: N6V 2602
Chassi: 9C2KCO8G07R0J1837
Data do Acidente: 28/09/2018
Local e Data: Oliveira 09/10/2018

Paulo Fernandes de Oliveira
Assinatura do Declarante

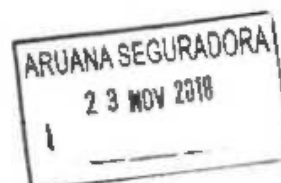
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE
Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA
Telefone: (87) 3660-1273

Edvaldo Ricardo C. Bezerra
TABELIAO

Reconheço a Firma por Autenticidade de PAULO FERNANDES
DE OLIVEIRA. Dou Fé. Granito-PE - X EDVALDO RICARDO
CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELIOMAR CARDOSO
BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Selo: 0077529-JXB09201801.01032 09/10/2018 10:01:30
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Pront.: 71831

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/06/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Amarelo

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO DIREITO, PA=116X67, FC=93. NEGA ALERGIA. O

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 6

DOR 6

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

QUEDA DE MOTO HOJE

DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIR

RX COM FRATURA DE CLAVICULA DIR

CD

IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + ORIENTAÇÕES

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância

Ambulância: Saída _____ Chegada _____

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Pront.: 71831

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/05/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

FERIMENTO TRAUMÁTICO

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

PACIENTE AINDA SONOLENTO, MAS CONTACTANTE E BEM ORIENTADO. DADOS VITAIS NORMAIS.

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÊNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: 28/09/18

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM: 18929

TISSIANO Sampaio
ORTOPEDISTA
CRM: 18929

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO
CRM: 18929





**HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE**

Rua: Teobaldo Gomes Torres, 510 - Ouricuri - PE.

CNPJ: 09.794.975/0166-11

Tel.: (87) 3874.1192 - Fax: (87) 3874.1349

ATESTADO MÉDICO

O (a) Sr(a) OSMAR FORTES RODRIGUES

Foi atendido(a) neste Hospital

Devendo:

- ☐ Não realizar Educação Física por um período de _____ dias
- ☐ Voltar ao trabalho
- ☐ Afastar-se do trabalho hoje
- ☒ Afastar-se do trabalho por 120 dia(s)
- ☐ Ficar em repouso por _____ dia(s)
- ☐ Deficiente Físico
- ☐ Deficiente Mental
- ☐ Goza de Saúde Física e Mental
- ☐

A partir de 08/10/18

C.I.D. S420 Ferimento e contusão diversos

OBS.: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinado.

Ouricuri - PE.

8/10/18

Raf. Fortes

Carimbo e Assinatura



Dr. Bruno Coelho

Nome: Osmael Peixoto Rodrigues

Paciente sofreu acidente de trânsito no dia 28/09/2018, apresentando fratura da clavícula direita. Realizou tratamento conservador.

Encontra-se em alta clínica e apresenta sequelas de: limitação funcional grave do ombro direito, com perda de força muscular nos movimentos de flexão, abdução, rotação interna e externa do ombro direito, com deformidade óssea e edema residual.

05/12/2018

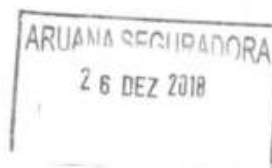
Dr. Bruno Coelho
209-176

Assinatura

Rua Teobaldo Gomes Torres, Nº 51, Centro, Ouricuri – PE, CEP 56200-000

(87) 99958-7997

drbrunocoelho@hotmail.com





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Pront.: 71831

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/06/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Amarelo

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO DIREITO, PA=116X67, FC=93. NEGA ALERGIA. O

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

-

OBSERVAÇÕES

-

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação e medidas clínicas

- DOR 6

DOR 6

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

-

JUSTIFICATIVA

-

MEDICA:

QUEDA DE MOTO HOJE

DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIR

RX COM FRATURA DE CLAVICULA DIR

CD

IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + ORIENTAÇÕES

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: °

Paciente chegou: () Andando () De Auto () Ambulância

Ambulância: Saída _____ Chegada _____

() Acidente de Trabalho () Caso Policial

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Pront.: 71831

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/05/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

FERIMENTO TRAUMÁTICO

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

PACIENTE AINDA SONOLENTO, MAS CONTACTANTE E BEM ORIENTADO. DADOS VITAIS NORMAIS.

Óbito às _____ H _____ Min

DESTINO DO PACIENTE

() RESIDÊNCIA () INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: 28/09/18

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO

CRM: 18929

TISSIANO Sampaio
ORTOPEDISTA
CRM: 18929

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO
CRM: 18929





**HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE**

Rua: Teobaldo Gomes Torres, 510 - Ouricuri - PE.

CNPJ: 09.794.975/0166-11

Tel.: (87) 3874.1192 - Fax: (87) 3874.1349

ATESTADO MÉDICO

O (a) Sr(a) OSMAR FORTES RODRIGUES

Foi atendido(a) neste Hospital

Devendo:

- ☐ Não realizar Educação Física por um período de _____ dias
- ☐ Voltar ao trabalho
- ☐ Afastar-se do trabalho hoje
- ☒ Afastar-se do trabalho por 120 dia(s)
- ☐ Ficar em repouso por _____ dia(s)
- ☐ Deficiente Físico
- ☐ Deficiente Mental
- ☐ Goza de Saúde Física e Mental
- ☐

A partir de 08/10/18

C.I.D. S420 Ferimento e contusão diversos

OBS.: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinado.

Ouricuri - PE.

8/10/18

Raf. Fortes

Carimbo e Assinatura



Dr. Bruno Coelho

Nome: Osmael Peixoto Rodrigues

Paciente sofreu acidente de trânsito no dia 28/09/2018, apresentando fratura da clavícula direita. Realizou tratamento conservador.

Encontra-se em alta clínica e apresenta sequelas de: limitação funcional grave do ombro direito, com perda de força muscular nos movimentos de flexão, abdução, rotação interna e externa do ombro direito, com deformidade óssea e edema residual.

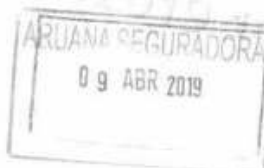
05/12/2018

Dr. Bruno Coelho
205.176

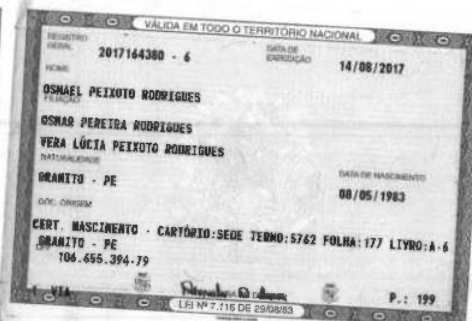
Assinatura

Rua Teobaldo Gomes Torres, Nº 51, Centro, Ouricuri - PE, CEP 56200-000
(87) 99958-7997

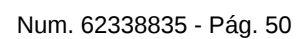
drbrunocoelho@hotmail.com



ARUANA SEGURADORA
23 NOV 2018



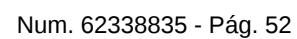
ARUANA SEGURODORA
23 NOV 2018



ARUANA SEGURADORA
23 NOV 2018



ARUANA SEGURODORA
23 NOV 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE TRÂNSITO

Nome
BERNARD FRANCISCO ANDRADE SAMPÃO

RG
4057018 RST PR

CPF
007.662.364-01

Data Nascimento
13/03/1978

Raça
BRANCO

Endereço
IMPERIO ANDRADE DE
SOUSA
MARIA BERNARDETA ALACQU
DE ANDRADE SAMPÃO

Sexo
M

Altura
1,70

Peso
70

Cor dos olhos
AZUL

Cor dos cabelos
LOURO

Cor da pele
BRANCA

Observações
sem observações

Assinatura
Bernard F. A. Sampaio

Local
CURITIBA - PR

Data Emissão
01/07/2014

Validade
04/02/1994

Detran - PR
1299137611

ARJANA SECURADORA
18 JAN 2019



ASU 042564118
SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Osmael Peixoto Rodrigues
DATA DO ACIDENTE 28/09/2018 CPF DA VÍTIMA 304.655.394-79
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SERGIO FRANCISCO A. SAMPAIO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCLIDES BEZERRA LINS
Nº 100 COMPLEMENTO _____ UF PE BAIRRO CENTRO
CIDADE OURICURI CEP 56200-000
E-MAIL sergiofasamapio@hotmail.com TELEFONE (87) 9980-5451
99998-3988

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAÇÃO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ÚLTIMA DEFINIÇÃO)
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (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 (ORÇÃOS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() FOLHAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ADOTIVADAS 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\$ 2.730,30 (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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 932 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 28/11/18IDENTIDADE 4.407.038 SSP/PEASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL

DATA 23 NOV 2018NOME AbuASSINATURA [Assinatura]