Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

02/06/2020

Número: **0009941-81.2019.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**
Última distribuição : **06/11/2019**
Valor da causa: **R$ 1.687,50**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
REGINALDO FRANCISCO DANTAS (AUTOR)	**PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS (ADVOGADO)** **IONE NADJA GONCALVES DE OLIVEIRA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62858191	02/06/2020 11:08	2724351_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PETROLINA/PE

Processo: 00099418120198173130

INCIDENTE DE PRESCRIÇÃO: **Data Limite do Ajuizamento: 08/05/2018** **Data do Ajuizamento: 06/11/2019**
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 **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **08/05/2015**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 18/03/2016.

Cumpre 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.

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/2015[1], 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/2015[2].

DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO APÓS O PRAZO PRESCRICIONAL

Nota-se que no caso em epígrafe houve o requerimento administrativo com seu posterior pagamento após o prazo prescricional previsto no artigo 206, § 3º, IX, DO CC/2002, sendo imperioso ressaltar que tal ato constitui **mera liberalidade do devedor**, devendo pois prevalecer a prescrição da pretensão da parte autora em receber a suposta complementação[3].

Isto por que, embora tal ato possa ensejar interpretação no sentido da interrupção da prescrição (art.202, VI do CC) ou a sua renúncia tácita (artigo 191 do CC)[4] conforme a hipótese que se apresentar, importante ponderar as hipóteses da aplicabilidade do primeiro e o alcance do segundo, caso V.Exa. entenda aplicável ao caso concreto.

No que tange à primeira hipótese, realizando-se simples interpretação lógico-dedutiva, constata-se que inviável se torna a interrupção do lapso consubstanciado no artigo 202, VI do CC[5], considerando a inviabilidade de ser interrompido prazo em que já foi exaurido em ocasião anterior, não havendo portanto maiores ilações acerca da citada norma.

Entretanto, caso se depreenda que por força do pagamento administrativo teria ocorrido a renúncia tácita ao direito de alegar a prescrição, adverte-se que esta, por ser uma exceção à regra geral, deve ser interpretada de forma restrita, fundamentado no artigo 114 do CC[6].

Desta forma, aplicando-se o citado artigo ao caso em tela, forçoso reconhecer que esta renúncia abrange somente a obrigação que foi liquidada administrativamente, não englobando portanto pretensão para fins de

[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;

complementação nem tampouco pretensão de natureza diversa envolvendo o Seguro DPVAT decorrente do mesmo sinistro, tendo este debate inclusive já decidido nos Tribunais[7].

Ante todo o exposto, denota-se que, em que pese ter ocorrido o pagamento administrativo com o prazo prescricional já escoado, verifica-se que permanece prescrita a pretensão no sentido de sua complementação, inclusive referente a causas de pedir diversas decorrentes do mesmo sinistro, ensejando portanto a reforma da r. Sentença para que seja o pedido extinto na forma do artigo 487, II do CPC.

QUESTÃO PREJUDICIAL DE MÉRITO

DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA – DISTORÇÃO DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 278 DO STJ

Não assiste razão a parte Autora na tentativa de adequar seu caso à hipótese de afastamento da prescrição em razão da aplicação da súmula 278 do STJ, visto que, em situação diametralmente oposta do que é alegado, percebe-se pelos documentos dos autos que a vítima não submeteu-se a tratamento permanente e contínuo com vistas a recuperação da lesão acometida em virtude do acidente.

Corroborando com o alegado, somente são juntados na exordial documentos médicos da época em que o mesmo sofreu acidente, deixando de acostar laudos que comprovem que este ficou em tratamento contínuo até a suposta ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez[8].

Imperioso ressaltar que o simples fato da parte Autora se submeter a uma nova perícia, não pode dar ensejo à renovação do prazo prescricional, sob pena de esvaziar o instituto da prescrição, tornando a ação de cobrança de seguro DPVAT, imprescritível, mormente por se tratar de um seguro cuja uma das coberturas é a invalidez **permanente**.

Forçoso assinalar que a simples alegação de que a "ciência inequívoca" se deu tanto tempo após o fato, abrirá precedentes para que, qualquer indivíduo ajuíze demandas no judiciário com sua pretensão prescrita, bastando apresentar um novo laudo do IML, alegando que sua ciência se deu nesta data.

Ademais, não é crível nem verossímil que, após ter sofrido um acidente que resultou graves lesões e sequelas permanentes, conforme alega o Requerente, após o decurso de tanto tempo é que tenha se dado conta do verdadeiro efeito das lesões sofridas e suas consequências.

Diante do exposto, e por tudo mais que dos autos consta, irremediável a não aplicação da súmula 278 do STJ, por ser razão da mais lídima justiça!

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 18/03/2016 após 10 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 08/05/2015, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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, CPC[3].

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

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue 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.

[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)

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 irretratável 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, discorrendo 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 ressalvar 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 deve 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 **08/05/2015**. 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 parciais[4].

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.

[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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

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 sequela 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)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios[6], ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

---

[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."

[6] *"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA.* ***INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO****. Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2.* ***A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a***

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação[7.]

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 ação[8]

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 Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários 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:

***inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor**."(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

[7]"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[8]***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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

Requer a produção de prova pericial nos termos do covênio 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 expresso 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,

PETROLINA, 27 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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 esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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 **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**, em curso perante **a 5ª VARA CÍVEL** da comarca de **PETROLINA**, nos autos do Processo nº 00099418120198173130.

Rio de Janeiro, 27 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

02/06/2020

Número: **0009941-81.2019.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**
Última distribuição : **06/11/2019**
Valor da causa: **R$ 1.687,50**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
REGINALDO FRANCISCO DANTAS (AUTOR)	**PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS (ADVOGADO)** **IONE NADJA GONCALVES DE OLIVEIRA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62858192	02/06/2020 11:08	ANEXO 1	Outros (Documento)

Lo DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE

HU UNIVASF

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. DR. SILVA MANCOBA S/N CENTRO PETROLINA PE

RECEITUÁRIO

Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE

NOME: Paciente

Reg. nato Francisco Rui
[illegible] sem sentir
[illegible] dor de
[illegible] ausência
[illegible] de [illegible] vários
[illegible] que o [illegible]
[illegible] sem [illegible]

DATA: [illegible]

[illegible]

Dr. Maurício P. Santos
Ortopedista
CRM-PE 24505

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Lagoa Grande SESAU SUS

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE : [illegible]

NOME: [illegible] REGISTO Nº ____

o Atleta para o parecer no dia 30/11/18 às 14:30 no CEFMC, com Alessandro Arnaldo

- 10 sessões

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 3
Recife - PE

DATA: 12/11/18

ASSINATURA E CARIMBO

CLINICAL CENTER
Saúde ao alcance de todos.

RECEITUÁRIO

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Consultas e Exames / Médicos Especializados
Medicina do Trabalho / Preços Populares

[illegible]

CLINICAL
CENTER
Saúde ao alcance de todos

RECEITUÁRIO

Dr. Reginaldo F. Jones
Cirurgião Dentista

Atesto que o paciente [illegible] possuidor de lesões crânio [illegible] bucais e fratura [illegible] de L1 no [illegible], afastando-[illegible] o [illegible] de [illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Porto Seguro Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 9
Recife - PE

Consultas e Exames / Medicos Especializados
Medicina do Trabalho / Preços Populares

Av. São Francisco, nº 221 - Areia Branca - CEP: [illegible]
Rua Rio Branco, nº 17 B - José e Maria - [illegible]
Rua José Clemente Aparício, nº 27 Coluna Quintas - CEP: [illegible]

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Municipal Nossa Senhora de Lourdes

AGUA GRANDE

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

SUS

Nome: [illegible]

Nome da Mãe: [illegible]

Nome do Pai: [illegible]

Nº Cartão SUS: [illegible]

Nº Prontuário: [illegible]

Data de Nascimento: [illegible] 1977 Água Grande

Endereço: [illegible] Água Grande

Bairro: [illegible]

Cidade: Água Grande

Estado: [illegible]

Procedência: S

Nº Cartão de Nascimento: [illegible]

Profissão: [illegible]

Queda de moto

Sala de Medicação

Sala de Observação

Alta

Transferência

Óbito

Alta a pedido

Hora: [illegible]

Data: [illegible]

Assinatura: [illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
SIPNAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUN 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Flamengo
Rio de Janeiro - RJ

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Municipal José Henrique de Lima

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

SUS

Registro Nº _____

Data _____

Hora _____

Nome:

Pai: CNS:

Mãe: Naturalidade

Sexo D.N Idade Estado Civil Profissão

Endereço:

Fone Cid. de. Estado: Procedência

RG Certidão de Nascimento

Informante: Parentesco

Queixas do Paciente:

Atendimento: ___ Clínico ___ Cirúrgico ___ Pediátrico ___ Obstétrico Hora

Situação de Destino: ___ Sala de Medicação ___ Sala Vermelha ___ Sala de Curativo ___ Raio X ___ Enfermaria

Histórico da Doença Atual:

Exame Físico: PA: _____ Pulso _____ Temperatura _____ Peso _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Guarte Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
RECIFE - PE

Exames Solicitados/ Realizados:

Diagnóstico Provisório:

Bruno Martins
Médico
CRM-CE 18361
CRM-PE 25679

Identificação do Médico: _____ Médico - CREMEPE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Porto Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Lagoa Grande SESAU

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE : _____

NOME: _____ REGISTO Nº _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Garte Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: ____/____/____ _____

ASSINATURA E CARIMBO

Lagoa Grande SESAU SUS

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: [illegible] REGISTO Nº _____

Segundo Finalidade [illegible]
[illegible] de
[illegible] [illegible]
[illegible] [illegible]
[illegible] [illegible]
[illegible] [illegible]
[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Porto Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: 1/3/19

ASSINATURA E CARIMBO

CLINICAL
CENTER
Saúde ao alcance de todos

RECEITUÁRIO

Dr. Reginaldo Fernando Araújo

Atesto que o paciente tem lombalgia crônica, sofreu acidente de trânsito em 12/06/07, devendo evitar movimentos bruscos para a região lombar, podendo manter suas atividades

Consultas e Exames Médicos Especializados
Medicina do Trabalho Preços Populares

Av. São Francisco, nº 221 - Antônio Branco - CEP: 56330-045 Fone: (87) 3863-8126 / 3864-3905 / 8814-1201
Rua Rio Solimões, nº 17 B - José e Maria - CEP: 56220-370 - Fone: (87) 3864-3310 / 8814-1360
Rua José Clemente Amorim, nº 27 Cohab Quatro - CEP: 56.310-180 - Petrolina-PE / Tel: 3863-4581 / 3031-8799 / 9985-9232

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Bonito Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - ...
Recife - PE

Clinica Dr. Alcides Muniz

CNPJ 23 466 718/0001-73
CRM 3466

CIRURGIA E OBSTETRÍCIA

RECEITUÁRIO

Paciente [illegible]

[illegible]

Assinatura e Carimbo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj 5
Recife - PE

Rua Duque de Caxias, 100, Chafariz, Lagoa Grande-PE
56 395-000
87 9 9608-9629 / 88 9 9931-3013
clinicadraalcidesmuniz@hotmail.com

Clinica Dr. Alcides Muniz

CNPJ. 23 456 718/0001-73
CRM 3466
CIRURGIA E OBSTETRÍCIA

RECEITUÁRIO

Paciente _____

[illegible]

Assinatura e carimbo

Rua Duque de Caxias 100 Chafariz Lagoa Grande-PE
56 395 000
87 9 9606-9629 / 88 9 9961-3010
clinicadralcidesmuniz@hotmail.com

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Cj. 5
Recife - PE

LAGOA GRANDE

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

SUS

PACIENTE

M F CARTÃO SUS

MÃE

RG

DATA DE NASCIMENTO

ENDEREÇO

BAIRRO

FONE

MUNICÍPIO

OCUPAÇÃO

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO

PROFISSIONAL SOLICITANTE DATA 18/06/15

UNIDADE PRESTADORA

UNIDADE SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO DATA

DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO (S) EXAME (S)

DATA

HORÁRIO

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

(SE NÃO ASSINE, APLICAR O POLEGAR DIREITO AO LADO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - [illegible]
Recife - PE

Lagoa Grande

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO

SUS
SISTEMA UNICO DE SAÚDE

Unidade de Saúde: _____

Nome _____ Registro Nº _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
JURÍDICO
CONTENCIOSO NÃO PREVIDENCIÁRIO
16 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Andar
Recife - PE

DATA _____

Assinatura e Carimbo

EFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE DE VERIFICAÇÃO
18 JUL 2019
Gerente Seguradora BLAU
Av. Sul Barcelona 15 - Lj. 5
Barra - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Dra. Adriana Dias
Medica
CRM-PE 34.909
CRM-BA 33.207

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA: / /

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL
Glaciete Seguros S.A.
Av. Rui Barbosa 5
Recife

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde

Registro Nº

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO
18 JUL 2019
Ossada Segurança S/A.
Av. Rui Barbosa, 115 - Sala 5
Recife - PE

DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO

SUS
UNI
SA

Unidade de Saúde

Registro Nº

Assinatura do Médico

SUS

Lagoa Grande

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO (S) SOLICITADO (S)

SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Lagoa Grande

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

SUS SISTEMA UNICO DE SAUDE

PACIENTE Raquel de Araújo CARTÃO SUS

MÃE RG DATA DE NASCIMENTO

ENDEREÇO FONE

BAIRRO MUNICÍPIO OCUPAÇÃO

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Fratura Perna Direita

PROCEDIMENTO SOLICITADO CÓDIGO

UNIDADE PRESTADORA

PROFISSIONAL SOLICITANTE CRM AUTORIZAÇÃO DATA

CARIMBO SOLICITANTE DATA CARIMBO DA REALIZAÇÃO DO ITEM ACIMA

DATA HORÁRIO

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

CAMPO NÃO ASSINADO INVALIDA ESTE DOCUMENTO

DATA / / ASSINATURA E CARIMBO

Lagoa Grande SESAU

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE

NOME REGISTRO Nº

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. B
Recife - PE

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUL 2019

ASS. DO FARMACÊUTICO

Gerte Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA:

Lagoa Grande

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Unidade de Saúde

Nome: Reginaldo Francisco Dantas Registro Nº

OD OMAR

(1) Naproxeno 550g ——— 16 cp
Tomar 1cp de 12/12h por 10 dias

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Guarda Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Ul. 5
Recife - PE

DATA

Assinatura e Carimbo

Lagoa Grande

DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO

SIS
UNI
SA

Unidade de Saúde

Nome: Reginaldo Francisco Dantas Registro Nº

OD OMAR

(1) Cetriam ——— 30cp.
Tomar 1cp VO 1x dia

DATA 23-02-19

Assinatura e Carimbo

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Reginaldo Francisco Santos

Endereço: Z Uso Oral.

Prescrição: 1. Cogin 20mg ——— 01 x
01 comp. ao dia

25/04/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DATA: ___/___/___

Lagoa Grande

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Unidade de Saúde:

Nome: Reginaldo Francisco Davis. Registro Nº

POLIVIT

(1) Vit Alcoma Tab. C
(Uso contínuo)

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019

Paciente: Reginaldo Francisco D

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: 322 - 338 Org. Emissor:

Endereço: Rua Joaquim Nº 121

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA 11/10/2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA: / /

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE JUAZEIRO

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal Eletrônica de Serviço

Município: Juazeiro Código: 2918407 UF: BA Código: 29

Nº da Nota: 19416

Data/Hora: [illegible] 15:29:17 [illegible]/2015

Aos. Digital: 17367697714822015.06.08

PRESTADOR DO(S) SERVIÇO(S)

Nome/Razão Social: CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE JUAZEIRO LTDA

Endereço: AV PAULO AFONSO,1 - CEP: [illegible]

Bairro: ALTO DA MARAVILHA Cidade: JUAZEIRO UF: BA

Fone: 74 [illegible] Email: - ISENTO IMUNE: NÃO

CNPJ/CPF: [illegible] Inscrição Municipal CCM: [illegible] ISS: EXIGÍVEL (VARIÁVEL) I.E / RG: [illegible]

TOMADOR DO(S) SERVIÇO(S)

Nome/Razão Social: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Endereço: RUA BAHIA CEP: [illegible]

Bairro: JERCINO COELHO Cidade: PETROLINA UF: PE

Fone: 0 Email: SEM

CNPJ/CPF: [illegible] Insc. Estadual/RG: [illegible] Inscrição Municipal: 0

CO-SIGNATÁRIO DO(S) SERVIÇO(S)

Nome/Razão Social:

Endereço: CEP:

Bairro: Cidade: UF:

Email: Inscrição Municipal:

CNPJ/CPF: Insc. Estadual/RG:

Local da Prestação do(s) Serviço(s): No município sem retenção

DISCRIMINAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S)

Item	Alíq.	Qtde	Discriminação	Valor Unit.	Dedução	Valor Total
[illegible]	4	1,00	REFERENTE A TC COLUNA LOMBAR	350,00	0,00	350,00

OBS: [illegible]

Retenções a serem efetuadas pelo tomador (R$):

Forma de Pagamento: A vista

ISS: 0,00 IRRF: 0,00 PIS: 0,00 COFINS: 0,00 CSLL: 0,00 INSS: 0,00

Tot. dos Serviços(R$): 350,00

Tot. das Retenções(R$): 0,00

Valor Líquido(R$): 350,00

Valor Total da Nota(R$):	Valor das Deduções(R$):	Base de Cálculo(R$):	Valor ISS Municipal(R$):
350,00	0,00	350,00	14,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gaeta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
[illegible]

Autenticidade Digital: Nota Fiscal Eletrônica de Serviço Nº 19416 Data/Hora: [illegible] 15:29:17

17367697714822015.06.08

Recebi da empresa: CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE JUAZEIRO LTDA os Serviços constantes desta Nota Fiscal de Serviço Eletrônica à Direita

ATENÇÃO: CONSULTE A AUTENTICIDADE DAS INFORMAÇÕES CONSTANTES DESTA NFeS NO SITE DA PREFEITURA OU POR MEIO DE APARELHO COM APLICATIVO PARA CÓDIGO QR.

EFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

23 MAI 2019

Paciente: Reginaldo Francisco Dantas

Endereço:

Prescrição: uso oral 2 cx

① tramadol 50mg

tomar 1 comp. 6/6h se dor

25.02.19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO
Nome:	
Ident.: Órg. Emissor:	
Endereço:	ASS. DO FARMACÊUTICO
Cidade: UF:	
Telefone:	DATA: / /

GERÊNCIA DE SINISTROS
GPWT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Santa Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

ESTADO DO PERNAMBUCO
PREFEITURA MUNICIPAL PETROLINA
SECRETARIA DA FAZENDA MUNICIPAL

Nota Nº [illegible]156
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data da Emissão	[illegible]2015	Competência	AGO/2015	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº da RPS	0	Local da Prestação	PETROLINA-PE	Optante do Simples	[illegible]

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social: CENTER PREV CLINICA MEDICA LTDA ME
Nome Fantasia: CENTER PREV MEDICINA DO TRABALHO
Endereço: RUA TOMAZ MAIA, 144 - AREIA BRANCA 56330-065 Cidade: PETROLINA
CPF/CNPJ: 21.785.381/0001-76 Insc.Municipal: 982/316 Insc. Estadual: 0

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social: REGINALDO FRANCISCO DANTAS E-mail:
Endereço: RUA RAJADA, 121 GERICINO COELHO 56306336 PETROLINA-PE
CPF/CNPJ: 825.169.264-01 Insc. Municipal: 0 Insc. Estadual:

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS.

DEPARTAMENTO DE SIN[illegible]
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIF[illegible]
16 JUL 2019
Gente Seguradora [illegible]
Av. Rui Barbosa, 715 -
Recife - PE

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

[illegible]

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA ART DA OBRA

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS 0,00 COFINS 0,00 INSS 0,00 CSLL 0,00 IRRF 0,00

VALORES DO PRESTADOR		INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO	CÁLCULO DO ISS	
Valor dos Serviços	200,00	Natureza da Operação	Valor dos Serviços	200,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	Tributação no Município	(-) Deduções Legais	0,00
(-) Desconto condicionado	0,00	Regime Especial de Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	Simples Nacional	Base de Cálculo	200,00
Outras Retenções	0,00	Código de Verificação/Link	(X) Alíquota do ISS	2,0000 %
(-) ISS Retido	0,00	[illegible]	ISS a Reter	( )Sim (X) Não
(=) Valor Líquido	200,00	www.petrolina.pe.gov.br	(=) Valor do ISS	4,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

OUTRAS INFORMAÇÕES

Impressa em: 08/08/15 15:[illegible]

ESTADO DO PERNAMBUCO
PREFEITURA MUNICIPAL PETROLINA
SECRETARIA DA FAZENDA MUNICIPAL

Nota Nº
0000000114
SÉRIE
ELETRÔNICA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data de Geração	27/07/2015	Competência	JUL/2015	Nº da NFS-e Substituída	0
Nº do RPS	0	Local da Prestação	PETROLINA-PE	Optante do Simples	Sim

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Razão Social: CENTER PREV CLINICA MEDICA LTDA ME
Nome Fantasia: CENTER PREV MEDICINA DO TRABALHO
Endereço: RUA TOMAZ MAIA 144 AREIA BRANCA 56330-055 Cidade: PETROLINA
CPF/CNPJ: 21.765.381/0001-70 Insc. Municipal: 9527310 Insc. Estadual: 0

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social: REGINALDO FRANCISCO DANTAS E-mail:
Endereço: RUA RAVA 121 563000 PETROLINA-PE
CPF/CNPJ: 025.166.264-01 Insc. Municipal: 0 Insc. Estadual:

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSULTA NEUROLOGICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gerte Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

CODIGO DA ATIVIDADE/SERVIÇO

403 - [illegible] - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, maternidades, casas de saúde, pronto-socorros

INFORMAÇÕES PARA SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO CIVIL

CÓDIGO DA OBRA ART DA OBRA

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	0.00	COFINS	0.00	INSS	0.00	CSLL	0.00	IRRF	0.00

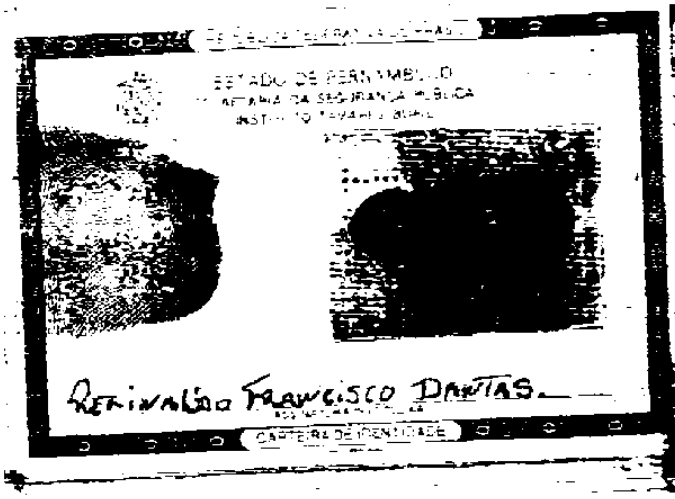
VALORES DO PRESTADOR		INFORMAÇÕES DA OPERAÇÃO	CÁLCULO DO ISS	
Valor dos Serviços	200.00	Natureza da Operação	Valor dos Serviços	200.00
(-) Desconto Incondicionado	0.00	Tributado no Município	(-) Deduções Legais	0.00
(-) Desconto condicionado	0.00	Regime Especial de Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0.00
(-) Retenções Federais	0.00	9-Alíquotas	Base de Cálculo	200.00
Outras Retenções	0.00	Código de Validação/Link	(X) Alíquota do ISS	2.0000 %
(-) ISS Retido	0.00	8802C1123	ISS a Reter	( )Sim (X) Não
(=) Valor Líquido	200.00	www.petrolina.pe.gov.br	(=) Valor do ISS	4.00

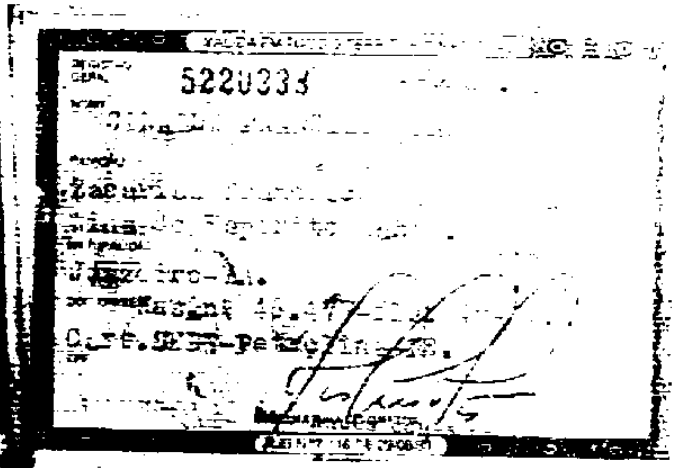
INFORMAÇÕES ADICIONAIS

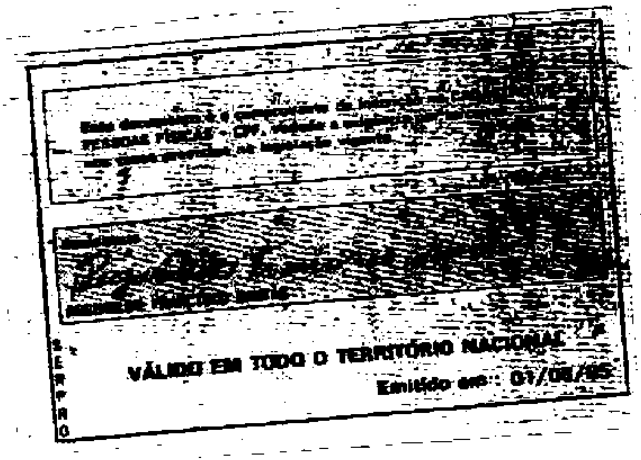
OUTRAS INFORMAÇÕES

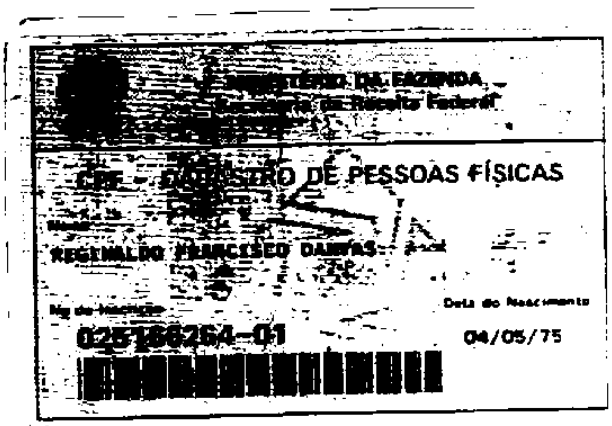
-

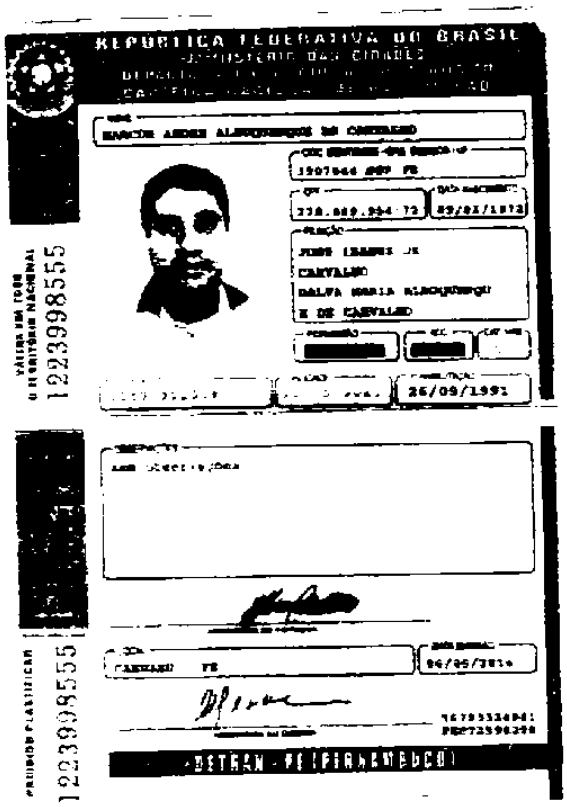
Impressa em: 27/07/15 16:04

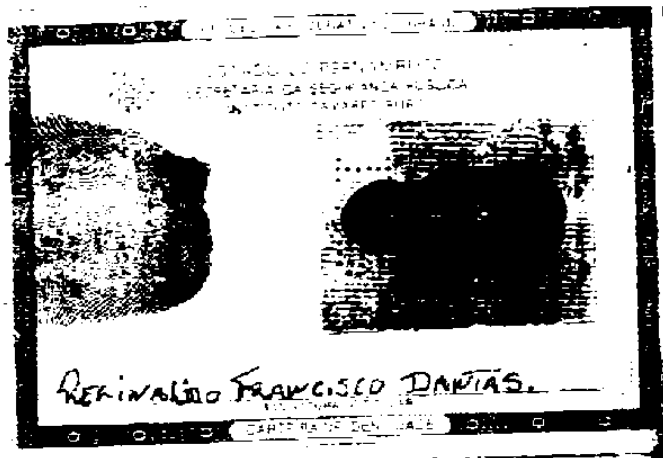

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
REGINALDO FRANCISCO DANTAS
CARTEIRA DE IDENTIDADE

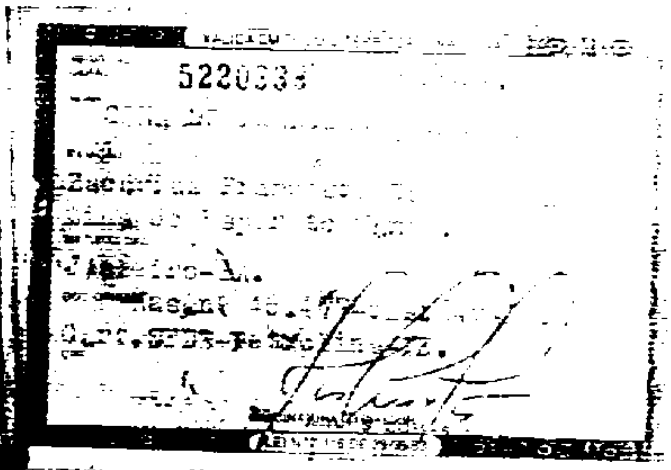

5220334

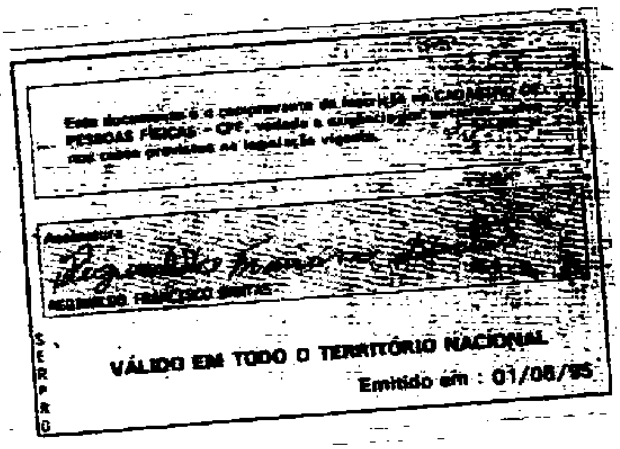

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em: 01/06/95

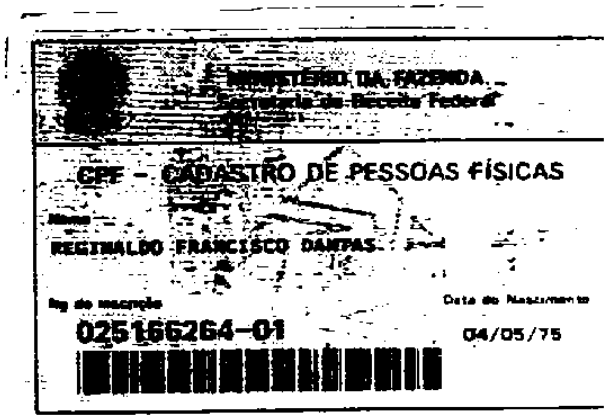

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
REGINALDO FRANCISCO DANTAS
Data do Nascimento
025166264-01
04/05/75


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
26/09/1991
DETRAN - PE









DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2019

Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Porto Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

01322311653 1

CONTRAN

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

PE Nº 01322311653 1 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA AO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

CONTRAN

01322311653 1

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 01322311653 1 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA AO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER

CNPJ 09.248.608/0001-

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

[illegible], [illegible] de

de [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

estava presente, [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

informou também que [illegible]

[illegible]

presente [illegible] direito de receber [illegible]

[illegible] DPVAT [illegible] tempo [illegible].

[illegible]

[illegible]

Número de Processo : 3[illegible]

[illegible]

[illegible] processo [illegible]

[illegible].

[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190434494 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS **Data do acidente:** 08/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA L1 DA COLUNA LOMBAR. PG 1,5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DR. MAURÍCIO R.SANTOS, CRM: 24506, DATA; 19/05/2019.

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190434494 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS **Data do acidente:** 08/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA L1 DA COLUNA LOMBAR. PG 1,5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DR. MAURÍCIO R.SANTOS, CRM: 24506, DATA; 19/05/2019.

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: REGINALDO FRANCISCO SANTOS
RG/CNH/CTPS: 2220338 **CPF:** 025.166.204-51
End: RUA E Nº 500 HORTO ALTO
LAGOA GRANDE - PE

Outorgado: MARCOS ANDRÉ Albuquerque DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 3907811-SSP/PE **CPF:** 700.589.954-72
End: RUA CONSTITUIÇÃO 226 - ÁREA BRANCA
PETROLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como **vítima** REGINALDO FRANCISCO SANTOS ALVARO LUCIADE DATA DO ACIDENTE 08.05.2015

LAGOA GRANDE PE, 12 de MAIO de 2019

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTORIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LAGOA GRANDE

Reconheço por autenticidade a firma lançada de REGINALDO FRANCISCO SANTOS
que confere com o cartão reg. nesta serventia, Bol. 76.
Lagoa Grande, 17 de Maio de 2019.
Em testemunho
Brasilina Freire Cunha
Valor Total R$ 7,
Válido somente com o selo 1157CC1SA2019SA0000

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: REGINALDO FRANCISCO DANTAS
RG/CNH/CTPS: 5220338 **CPF:** 025 [illegible]
End: Rua [illegible] - [illegible]
Lagoa Grande - PE

Outorgado: MARCOS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 3467501 - [illegible] **CPF:** [illegible]
End: Rua [illegible] 226 - Agua Branca
Petrolina - PE

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como **vítima** REGINALDO FRANCISCO DANTAS NASCIMENTO
Data de Acidente 05 05 2015

Lagoa Grande PE, 12 de MAIO de 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
"DPVAT"
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Bamia Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - [illegible]
Recife - PE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LAGOA GRANDE
Reconheço por autenticidade a firma [illegible] de
REGINALDO FRANCISCO DANTAS
que confere com o padrão registrado nesta serventia. Dou fé.
Lagoa Grande, 17 de maio de 2019.
Em testemunho [illegible]
Selo Digital [illegible]
Válido somente com o selo [illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242998/19

Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Data do acidente: 08/05/2015

CPF: 025.166.264-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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
DUT
Outros

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

REGINALDO FRANCISCO DANTAS : 025.166.264-01

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: 18/07/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180893/19

Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Data do acidente: 08/05/2015

CPF: 025.166.264-01

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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
DUT

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

REGINALDO FRANCISCO DANTAS : 025.166.264-01

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: 28/05/2019
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

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

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190434494 **Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS**

Data do Acidente: 08/05/2015 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00107/00108 - carta_01 - INVALIDEZ

00030054

Carta nº 14593591

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

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190434494 **Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS**

Data do Acidente: 08/05/2015 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO FRANCISCO DANTAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01317/01318 - carta_01 - INVALIDEZ

00020859

Carta nº 14615137

LÍDER

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

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190434494 **Vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS**

Data do Acidente: 08/05/2015 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO FRANCISCO DANTAS

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **1**
Agência: **000000963-6**
Conta: **0000076644-5**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00909/00910 - carta_15R - INVALIDEZ

00050455

Seguradora LÍDER

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: 025166264-01 Nome completo da vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: REGINALDO FRANCISCO DANTAS CPF: 025166264-01

Profissão: GARÇ Endereço: RUA "E" Número: 560 Complemento:

Bairro: MORADA NOVA Cidade: LAGOA GRANDE Estado: PE CEP:

E-mail: Telefone: (87) 99502436 9

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$ 1.000,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$ 1.000,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ R$ 3.000,00 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. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito de agência) CONTA: ☐ (Informar o dígito de conta)

AGÊNCIA: 0953 (6) CONTA: 76344 (5) (Informar o dígito de conta)

Autorizo a Seguradora ... conta bancária ...

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, ... (assinalar uma das opções)

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Data de nascimento da vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima teve filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou descendentes vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente ... Código Penal.

Local e Data: LAGOA GRANDE PE 11/05/19

Nome: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

CPF: 025166264-01

(*) Assinatura de quem assina a ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário peticionante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da Procuração (se houver)

TESTEMUNHAS

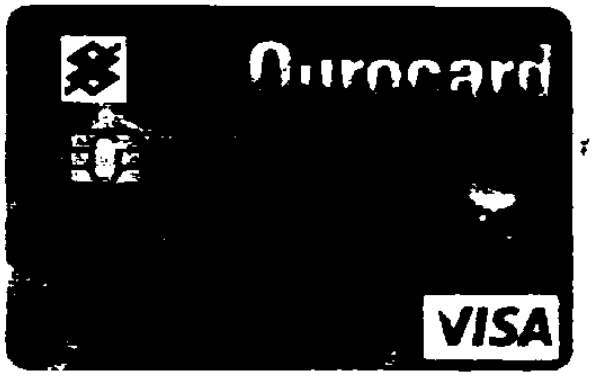
1ª Nome: CPF: Assinatura

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 ROGO, 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.

(001 VOC1/2018


Ourocard
VISA

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo

6 - CPF

7 - Profissão

8 - Endereço

9 - Número

10 - Complemento

11 - Bairro

12 - Cidade

13 - Estado

14 - CEP

15 - E-mail

16 - Tel. (DDD)

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.300,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

Autorizo – [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias [illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUL 2019
Porto Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 216 - [illegible]
Recife - PE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se teve filhos, informar Vivos Falecidos

30 - Vítima deixou descendentes vivos? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se teve irmãos, informar Vivos Falecidos

33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora irá pagar a indenização do Seguro DPVAT [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34

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

37 - Nº Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 23.1 Nome

Assinatura da testemunha

39 - 24.1 Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Curador (se houver)

2/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

Gerente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0304001204

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/03/2016** às **09:37**

Complementa o BO Numero: **16E0304001203**
Complementado pelo BO Número: **19E0304001756**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/5/2015** no periodo da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PETROLINA, 1, BR 428, PROXIMO DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, MUNICÍPIO DE PETROLINA-PE** - Bairro: **GERCINO COELHO** - **PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO - AUTOR \ AGENTE :
REGINALDO FRANCISCO DANTAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO FRANCISCO DANTAS

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

REGINALDO FRANCISCO DANTAS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALBERTINA DO ESPIRITO SANTOS** Pai: **ZACARIAS FRANCISCO DANTAS** Data de Nascimento: **4/5/1975** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5220338/SDS/PE (RG)**, **02516626401 (CPF)**, **01651878622 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **GARI** Telefones Celulares: **87988013751**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PETROLINA, 121, NUMERO 121, RUA RAJADA, PETROLINA PERNAMBUCO. - CEP: 56300-000 - Bairro: GERCINO COELHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

21/05/2019 08

Placa **PFD1299** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam **257101991** Chassi **9C22C4110AR719850**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustivel **GASOL/GNV**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGOU QUE NA DATA ACIMA DESCRITA, QUANDO SE DESLOCAVA DE SUA RESIDENCIA ATÉ SEU LOCAL DE TRABALHO QUE FICA NO DISTRITO DE VERMELHOS, MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE, QUNADO PASSAVA NA LOCALIDADE DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE, COLIDIU FRONTALMENTE COM UM JUMENTO QUE ESTAVA NA VIA POR ONDE O MESMO TRANSITAVA, NESTA OCASIÃO O MESMO CAIU DA MOTO E SOFREU LESÕES PELO CORPO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL JOSE HENRIQUE DE LIMA, CONFORME NUMERO DE REGISTRO: 36849 EXPEDIDO POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE. DIANTE DO EXPOXTO, A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O IML PARA SER SUBMETIDA A EXAME TRAUMATOLÓGICO.

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

REGINALDO FRANCISCO DANTAS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANCISCO CARLO DE OLIVEIRA** - Matricula: **296799-5**

21/05/2019 09:34

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0304001203

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/03/2016** às **09:34**

Complementado pelo BO Número: **16E0304001204**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/5/2015** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PETROLINA, 1, BR 428, PROXIMO DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, MUNICÍPIO DE PETROLINA-PE** - Bairro: **GERCINO COELHO** - **PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
REGINALDO FRANCISCO DANTAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO FRANCISCO DANTAS

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

REGINALDO FRANCISCO DANTAS (presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Mãe **ALBERTINA DO ESPIRITO SANTOS** Pai **ZACARIAS FRANCISCO DANTAS** Data de Nascimento **4/5/1975** Naturalidade **PETROLINA - PERNAMBUCO - BRASIL** Documentos **5220338/SDS/PE (RG)**, **02516626401 (CPF)**, **01851878622 (CNH)** Estado Civil **CASADO(A)** Escolaridade **2°. GRAU COMPLETO** Profissão **GARI** Telefones Celulares **- 87988013751**

Endereço Residencial **MUNICIPIO DE PETROLINA, 121, NUMERO 121, RUA RAJADA, PETROLINA PERNAMBUCO. - CEP: 56300000 - Bairro: GERCINO COELHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade **NAO INFORMADO**

Nome do Representante - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a) **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**
Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido **Não**
Cor **PRETA** - Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

21/05/2019 09:3

Placa: **PFD1299** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **257101691** Chassi: **9C22C4110AR719850**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustivel: **GASOL/GNV**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGOU QUE NA DATA ACIMA DESCRITA, QUANDO SE DESLOCAVA DE SUA RESIDENCIA ATÉ SEU LOCAL DE TRABALHO QUE FICA NO DISTRITO DE VERMELHOS, MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE, QUNADO PASSAVA NA LOCALIDADE DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE, COLIDIU FRONTALMENTE COM UM JUMENTO QUE ESTAVA NA VIA POR ONDE O MESMO TRANSITAVA, NESTA OCASIÃO O MESMO CAIU DA MOTO E SOFREU LESÕES PELO CORPO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL JOSE HENRIQUE DE LIMA, CONFORME NUMERO DE REGISTRO: 36849 EXPEDIDO POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE.

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

REGINALDO FRANCISCO DANTAS
(VITIMA)

B.O. registrado por **FRANCISCO CARLO DE OLIVEIRA** - Matricula: **296799-5**

21/05/2019 09

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA -
DP214ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0304001756

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/05/2019** às **09:53**

Complemento do BO Numero 16E0304001204

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **8/5/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço **MUNICIPIO DE PETROLINA, 1, BR 428, PROXIMO DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, MUNICÍPIO DE PETROLINA-PE** - Bairro **GERCINO COELHO** - **PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
REGINALDO FRANCISCO DANTAS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

VEÍCULO (usado na geração da ocorrência) (que estava em posse do(a) Sr(a)) REGINALDO FRANCISCO DANTAS

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

REGINALDO FRANCISCO DANTAS (presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Mãe **ALBERTINA DO ESPIRITO SANTOS** Pai **ZACARIAS FRANCISCO DANTAS** Data de Nascimento **4/8/1978** Naturalidade **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **6220338/SDS/PE (RG) 02516626461 (CPF) 01651870622 (CNH)** Estado Civil **CASADO(A)** Escolaridade **2º. GRAU COMPLETO** Profissão **GARI** Telefones Celulares **- 87988013761**

Endereço Residencial **MUNICIPIO DE PETROLINA, 121, NUMERO 121, RUA RAJADA, PETROLINA PERNAMBUCO. - CEP: 56306-360 - Bairro: GERCINO COELHO - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade **NAO INFORMADO**

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) que estava em posse do(a) Sr.(a) **REGINALDO FRANCISCO DANTAS**
Categoria/Marca/Modelo **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido **Não**
Cor **PRETA** - Quantidade **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa **PFD1283** (PERNAMBUCO/PETROLINA) Renavam **287101691** Chassi **9C2JC4110AR719369**
Ano Fabricação/Modelo **2010/2010** Combustível **GASOLINA**
Descrição **MOTOCICLETA EM NOME DE: ERIVALDO CRUZ NUNES, CPF 027416764-01**

Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGOU QUE NA DATA ACIMA DESCRITA, QUANDO SE DESLOCAVA DE SUA RESIDENCIA ATÉ SEU LOCAL DE TRABALHO QUE FICA NO DISTRITO DE VERMELHOS, MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE-PE, QUANDO PASSAVA NA LOCALIDADE DO DISTRITO DE IZACOLANDIA, COLIDIU FRONTALMENTE COM UM JUMENTO QUE ESTAVA NA VIA POR ONDE O MESMO TRANSITAVA, NESTA OCASIÃO A VÍTIMA CAIU DA MOTO E SOFREU LESÕES PELO CORPO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE, JOSE HENRIQUE DE LIMA, CONFORME NUMERO DE REGISTRO: 36549 EXPEDIDO POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE. DIANTE DO EXPOXTO, A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O IML PARA SER SUBMETIDA A EXAME TRAUMATOLÓGICO.

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

REGINALDO FRANCISCO DANTAS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **DANIEL DE OLIVEIRA SAMPAIO** - Matrícula **272863-7**

Seguradora LÍDER

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: 025166264-01 Nome completo da vítima: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: REGINALDO FRANCISCO DANTAS CPF: 025166264-01

Profissão: GARÇ Endereço: RUA "E" Número: 560 Complemento:

Bairro: MORADA NOVA Cidade: LAGOA GRANDE Estado: PE CEP:

E-mail: Telefone: (87) 99502436 9

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$ 1.000,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$ 1.000,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ R$ 5.000,00 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. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito de agência) CONTA: ☐ (Informar o dígito de conta)

AGÊNCIA: 0453 6 CONTA: 76344 5 (Informar o dígito de conta)

Autorizo a Seguradora ... conta bancária ...

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, ... (assinalar uma das opções)

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Data de nascimento da vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima teve filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou descendentes vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente ... Código Penal.

Local e Data: LAGOA GRANDE PE 11/05/19

Nome: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

CPF: 025166264-01

(*) Assinatura de quem assina a ARTOU

Assinatura da vítima/beneficiário peticionante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da Procuração (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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do interior do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

(001 VOC1/2018

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo

6 - CPF

7 - Profissão

8 - Endereço

9 - Número

10 - Complemento

11 - Bairro

12 - Cidade

13 - Estado

14 - CEP

15 - E-mail

16 - Tel. (DDD)

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.300,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ **CONTA:** ☐ **AGÊNCIA:** ☐ **CONTA:** ☐

Informar o dígito se existir. Informar o dígito se existir. Informar o dígito se existir. Informar o dígito se existir.

Autorizo – [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias [illegible]

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 JUL 2019
Bradesco Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 216 - [illegible]
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima 26 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se teve filhos, informar Vivos Falecidos 30 - Vítima deixou herdeiros vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se teve irmãos, informar Vivos Falecidos 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora irá pagar a indenização do Seguro DPVAT [illegible]

NÃO ALFABETIZADO

34

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

37 - Nº Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1º Nome

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Curador (se houver)

2/2019

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Municipal [illegible]

ACUM GRANDE

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

SUS

Nº [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Nº [illegible] 1975 | Grande | [illegible]

Nº [illegible] Grande [illegible]

[illegible] | Rio Grande | Estado | Procedência

Certidão de Nascimento

[illegible]

[illegible]

Grande do Mato

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Dr. [illegible]

CRM [illegible]

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Municipal Nossa Senhora de Lourdes

AGUA GRANDE

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

SUS

Nome: [illegible]

Nome da Mãe: [illegible]

Nome do Pai: [illegible]

Nacionalidade: [illegible]

Data de Nascimento: [illegible] 1977 Água Grande

Endereço: [illegible] Água Grande

Estado: [illegible]

Profissão: [illegible]

Naturalidade: [illegible]

Queda de moto

Dia de Nascimento: [illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUN 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Flamengo
Rio de Janeiro - RJ

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: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO FRANCISCO DANTAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00963-6

CONTA: 000000076644-5

Nr. da Autenticação 9A93443CC6E3218A

CELPE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ABRIGAÇÃO

22/05/2019 13/06/2019

56,06

CORREIOS

ATENÇÃO A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

22/05/2019 56,06

83810000000-0 56060011007-4 0279089041 0-1 13938921583-

BANCO DO BRASIL

CORREIOS

FAC

Central de Atendimento BB: 4004 0001 (capitais) ou 0800 729 0001 (demais localidades) · bb.com.br
SAC 0800 729 0722 · Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 729 0088 · Ouvidoria BB 0800 729 5478

CELPE

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

7027908904 05/2019

22/05/2019 13/06/2019

56 06

29 MAI 2019

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
DIPMET
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUN 2019

Av. Rio Branco, 715 - Lj. 5
Recife - PE

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

22/05/2019 56 06

838*0000000 0 560600110074 0279068904 0 1393892583-1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos acesse www.seguradoralider.com.br e entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas 4020-1596 / Outras regiões 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/DOCDOWNLOAD.AspXP?CD=1&CODIGO=20636

A Circular SUSEP nº 445/12 que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador determina que todas as Seguradoras são obrigadas a construir 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 estabelece a possível comunicação ao COAF.

"SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP: ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. A CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF: ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcos André Albuquerque de Oliveira

inscrito(a) no CPF/CNPJ 772.504.454-72 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

Regineto Francisco Dantas inscrito(a) no CPF sob o Nº 024.966.207-07

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Regineto Francisco Dantas

inscrito(a) no CPF sob o Nº 024.966.207-07 conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recusa informar

Declaro ainda sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo indicado e juntando 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: Rua [illegible] Número: 226 Complemento: _____
Bairro: Alto Branco Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: _____
E-mail: _____ Telefone: (83) 9 [illegible]

Local e Data: João Pessoa, 7 de maio de 2019

Assinatura do Declarante

DIDRL 001.001/2017

Seguradora LÍDER

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 6h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de indenização e está conforme estabelece a Circular número 445/12 disponível no endereço eletrônico

http://www.susep.gov.br/menusite/RELATORIANALASHTTPS/0800010429639

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

A recusa em fornecer as informações de qualificação ou qualificação incompleta impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, conforme determinação da referida Circular estabelecida e passível de formulação à SUSEP.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUROS, E CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto eu MARCOS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO

inscrito(a) no CPF/CNPJ 522.[illegible] na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

REGINALDO FRANCISCO DATAS inscrito(a) no CPF/CNPJ [illegible]

do sinistro de DPVAT cobertura JUDICIAL de vítima REGINALDO FRANCISCO DATAS

inscrito(a) no CPF/CNPJ [illegible] conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão _____ Renda _____ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recusa informar

Declaro ainda sob as penas da lei e declaro de livre e de bem, junto à Seguradora Líder – DPVAT, residente no endereço abaixo informado, a cópia 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 [illegible] Número 226 Complemento _____

Bairro [illegible] Cidade [illegible] Estado [illegible] CEP _____

Email _____ Telefone [illegible]

Local e Data Rio Grande, 7 de Maio de 2019

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Seguro Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa

DLOR_001.001.2017

Declaração do Proprietário do Veiculo

Eu, [illegible]

RG nº 08137559 C 3 data de expedição [illegible]

Orgão SSP/BA portador do CPF nº [illegible] com

domicilio na cidade de PETROLINA no Estado de

PE onde resido na (Rua Avenida/Estrada)

RUA RAFADA - CORREIRO COELHO nº 121

complemento _____ declaro, sob as penas da Lei que o veiculo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima Reginaldo Francisco Santos cujo o condutor era

Reginaldo Francisco Santos

Veiculo [illegible] CRETA
Modelo HONDA CG 125 FAN KS
Ano [illegible]
Placa [illegible] 1244
Chassi [illegible]
Data do Acidente 08 05 15
Local e Data [illegible]

Assinatura do Declarante

Reginaldo Francisco Santos

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

[illegible]

Declaração do Proprietário do Veiculo

Eu Erivaldo Cruz Nunes

RG nº 0413755903 data de expedição 15/12/17

Órgão SSP/BA portador do CPF nº [illegible] com domicilio na cidade de Petrolina no Estado de PE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Rafaela - Cercado Coelho nº 121

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado e(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima Reginaldo Francisco Santos cujo o condutor era Reginaldo Francisco Santos

Veiculo CAR / MOTOCICLETA
Modelo HONDA CG 125 FAN KS
Ano 2010
Placa DFD 1299
Chassi 9C2JC4110AR719860
Data do Acidente 08/05/15
Local e Data Paulo Afonso PE 18 de Junho de 2016

Assinatura do Declarante

Reginaldo Francisco Santos

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 JUL 2019
Chubb Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 710 - Ug. 1
CNPJ

[illegible]

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Municipal [illegible]

ACUM GRANDE

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

SUS

Nome: [illegible]

Nome da Mãe: [illegible]

Nome do Pai: [illegible]

Data de Nascimento: [illegible] | Cidade: [illegible]

Nº do CC: [illegible]

Endereço: [illegible] | Bairro: [illegible] | Cidade: Iracema Grande | Estado: | Procedência:

Certidão de Nascimento: [illegible]

Responsável: [illegible]

Parentesco: [illegible]

Cuidador de Moto

[illegible]

Data de Nascimento: [illegible]

[illegible]

Medico Medicina Geral de Moto
[illegible]
Cirurgia Geral Ginecologia
CRM [illegible]

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Municipal José Henrique de Lima

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA

SUS

Registro Nº _____

Data _____

Hora _____

Nome:

Pai: CNS:

Mãe: Naturalidade

Sexo: D.N. Idade Estado Civil: Profissão

Endereço:

Fone: Cidade: Estado: Procedência

RG Certidão de Nascimento

Informante Parentesco

Queixas do Paciente:

Atendimento: ___ Clínico ___ Cirúrgico ___ Pediátrico ___ Obstétrico Hora

Situação de Destino: ___ Sala de Medicação ___ Sala Vermelha ___ Sala de Curativo ___ Raio X ___ Enfermaria ___

Histórico da Doença Atual:

Exame Físico: PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

Exames Solicitados/ Realizados:

Diagnóstico Provisório:

Bruno Martins
Médico
CRM-CE 18361
CRM-PE 25679

Identificação do Médico _____ Médico - CREMEPE

Lagoa Grande SESAU

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE : _____

NOME: _____ REGISTO Nº _____

DATA: ____/____/____

_____
ASSINATURA E CARIMBO

Lagoa Grande SESAU SUS

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: [illegible] REGISTO Nº _____

Reginaldo Francisco [illegible]
[illegible] hipertensão de
difícil controle associada
a anemia e anemia crônica
[illegible] [illegible]
[illegible] de urgência.

DATA: 11 / 3 / 19

ASSINATURA E CARIMBO

CLINICAL
CENTER
Saúde ao alcance de todos

RECEITUÁRIO

Dr. Rafael Fiuza Araújo

Atesto que o paciente tem condições clínicas para a prática de [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

Consultas e Exames · Médicos Especializados
Medicina do Trabalho · Preços Populares

Av. São Francisco, nº 221 - Aracaju-Sergipe - CEP: 56330-095 Fone: (87)3863-2134 / 3864-3005 / 6814-1301
Rua Rio Goiapiba, nº 17 B - José e Maria - CEP: 56326-270 - Fone: (87) 3864-3310 / 6814-1369
Rua José Clemente Amorim, nº 37 Cohab Quadra - CEP: 56316-100 - Petrolina-PE / Tel: 3863-4381 / 3931-8799 / 9855-8333

Clinica Dr. Alcides Muniz

CNPJ 23 466 718/0001-73
CRM 3466
CIRURGIA E OBSTETRÍCIA

RECEITUÁRIO

Paciente _____ [illegible]

[illegible]

Assinatura e Carimbo

Rua Duque de Caxias, 100, Chafariz, Lagoa Grande-PE
56 395-000
87 9 9608-9629 / 88 9 9931-3010
clinicadralcidesmuniz@hotmail.com

Clinica Dr. Alcides Muniz

CNPJ 23.466.718/0001-73
CRM 3466

CIRURGIA E OBSTETRÍCIA

RECEITUÁRIO

Paciente _____

[illegible]

Assinatura e carimbo

Rua Duque de Caxias, 120, Chafariz, Lagoa Grande-PE
56.395-000
87 9 9608-9623 / 88 9 9931-3012
drcadralcidesmuniz@hotmail.com

LAGOA GRANDE

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

SUS
Sistema Único de Saúde

PACIENTE

M F CARTÃO SUS

MÃE

RG

DATA DE NASCIMENTO

ENDEREÇO:

FONE

BAIRRO

MUNICÍPIO

OCUPAÇÃO

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO

UNIDADE PRESTADORA

PROFISSIONAL SOLICITANTE DATA

AUTORIZAÇÃO DATA

UNIDADE SOLICITANTE

DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO 1º EXAME (S)

DATA

HORÁRIO

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

CASO NÃO ASSINE APLICAR O POLEGAR DIREITO AO LADO

Lagoa Grande

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO

SUS
SISTEMA UNICO DE SAUDE

Unidade de Saude

Nome Registro Nº

DATA

Assinatura e Carimbo

PEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço.

Cidade: UF

Telefone.

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA / /

PEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Dra. Adriana Dias
Médica
RM-PE 24.909
CM DA 93 207

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço.

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA / /

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA / /

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE

SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde

Nome

Registro Nº

DE LAGOA GRANDE - PE

SIS
UNI
SA

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde

Nome

Registro Nº

SUS

Lagoa Grande

LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO (S) SOLICITADO (S)

SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Lagoa Grande

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

SUS
SISTEMA UNICO DE SAUDE

PACIENTE
CARTÃO SUS
MAE
NAS
DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO
FONE
BAIRRO
MUNICIPIO
OCUPAÇÃO
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO
PROCEDIMENTO SOLICITADO
CODIGO
UNIDADE REGULADORA
PROFISSIONAL SOLICITANTE
AUTORIZAÇÃO DATA
CARGO SOLICITANTE
DATA E HORARIO DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO
DATA
HORARIO
ASSINATURA DO USUARIO OU RESPONSAVEL
DATA NASCIMENTO

Lagoa Grande
SESAU

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAUDE
NOME
REGISTO Nº
DATA
ASSINATURA E CARIMBO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Unidade de Saúde:

Nome: Reginaldo Francisco Dantas Registro Nº

USO ORAL

DATA

Assinatura e Carimbo

DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde

Nome: Reginaldo Francisco Dantas Registro Nº

USO ORAL

1) Unitiam 30 cp.

Tomar 1 cp VO 1x dia

DATA 23-02-18

Assinatura e Carimbo

Lagoa Grande

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Unidade de Saúde

Nome: [illegible] Registro Nº

Receituário

(1) USO Interno Total
(Dieta [illegible])

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: [illegible]

Endereço:

Prescrição: [illegible]

(1) [illegible]

(1) [illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: [illegible]

Ident.: 522-338 Org. Emissor:

Endereço: [illegible]

Cidade: UF:

Telefone: [illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA 11/10/20

Nome Completo:

2ª VIA PACIENTE

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Ident.: Órg. Emissor:	
Endereço:	ASS. DO FARMACÊUTICO
Cidade: UF:	
Telefone:	DATA:___/___/___

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA GRANDE - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM UF Nº

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Reynaldo Francisco Santos

Endereço: ?

Prescrição: Uso Oral:

1. Lexpro 20mg ——— 03/x

01 comp. ao dia

21/04/19

Sérgio Martins Rocha
CRM-PE 24755

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Ident.: Órg. Emissor:	
Endereço:	ASS. DO FARMACÊUTICO
Cidade: UF:	
Telefone:	DATA: ___/___/___

HU UNIVA F

RECEITUARIO

NOME

DATA

profissionais jornalecard
como sequela de quadro
álgico e limitação da
mobilidade da articulação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPSIT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 MAI 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Cj. 5
Recife - PE

Dr. Maurício R Santos
Ortopedista
CREMEPE 24505

Recife, 19/05/19