



Número: **0020330-83.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

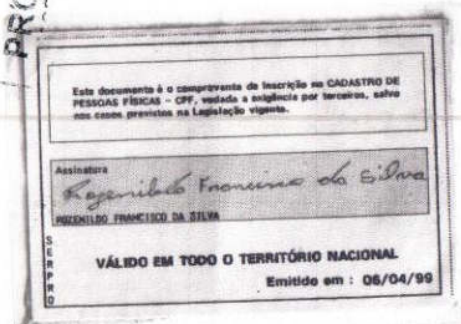
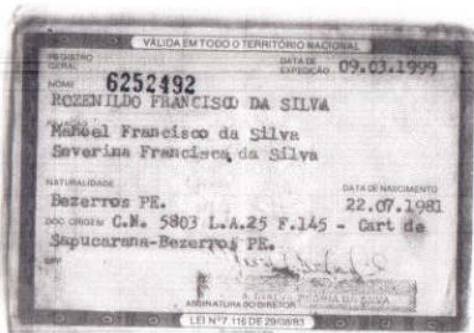
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64289442	07/07/2020 14:33	ANEXO 1	Outros (Documento)





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: 038.572.324-55 4 - Nome completo da vítima: Rosenildo Francisco da Silva

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

5 - Nome completo: Rosenildo Francisco da Silva 6 - CPF: 038.572.324-55
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua Joaquim Nabuco 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camocim de São Felix PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9 9258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2192 CONTA: 72 101 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)/nascidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

COMPROVAÇÃO DE PRESENCIA S/A
24 MAR 2020
Assinatura da testemunha
PROTOCOLADO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Camocim de São Felix 24/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rosenildo Francisco da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-900
 CNPJ 18.825.982/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ATA YNÉROLA LUIZ SANTOS

CPE 780 402 004 002195 - 21/2019

CLASSIFICAÇÃO

R1 - RESIDÊNCIA
 BAIXA TENSÃO COM VOTO
 Monofásica

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOAQUIM FRAZÃO 10

CENTRO AMARILHADO DE SÃO FELIX
 JARDIM PAZ DE SÃO FELIX PE
 55055-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4003575387	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PARA PAGAMENTO
26/12/2019	15/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	107,15

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
5552-2023	10000	16/12/2019
PERÍODO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE
16/12/2019	26121-8975	006063

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 20 kWh	30.000000	0,20-08800	7,54
Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh	79.000000	0,41-15400	32,33
Consumo Ativo superior a 100 até 700 kWh	83.000000	0,64-21400	43,99
Adicional Bandeira AMARELA			1,10
Adicional Bandeira VERMELHA			2,73
Consumo Superfície de Área			0,47
Consumo Superfície de Área			0,58
Consumo Superfície de Área			1,40
Multa por atraso NF 005123415 - 16/11/19			0,58
Multa por atraso NF 005123415 - 16/11/19			0,44
Multa por atraso NF 005123415 - 16/11/19			0,13
PRODUTOS A 005123415-2800000 DUT 5889			0,89

TOTAL DA FATURA

107,15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
10000000	CAT	16/11/2019	49130	16/12/2019	85420	30	163,50

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PREÇOS		COMPARAÇÃO DE PREÇOS	
MÊS	CONSUMO (KWH)	BASE DE CÁLCULO	Nº	VALOR DO IMPÓSTO	Porcentagem de Energia
DEZ 19	161	161,00	161,00	33,94	19,11%
NOV 19	151	151,00	151,00	33,94	19,11%
OUT 19	146	146,00	146,00	33,94	19,11%
SET 19	139	139,00	139,00	33,94	19,11%
AUG 19	148	148,00	148,00	33,94	19,11%
JUL 19	122	122,00	122,00	33,94	19,11%
JUN 19	109	109,00	109,00	33,94	19,11%
MAY 19	107	107,00	107,00	33,94	19,11%
ABR 19	102	102,00	102,00	33,94	19,11%
MAR 19	101	101,00	101,00	33,94	19,11%
FEB 19	174	174,00	174,00	33,94	19,11%
JAN 19	103	103,00	103,00	33,94	19,11%
DEZ 18	164	164,00	164,00	33,94	19,11%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Para a tarifa social de energia elétrica, o consumidor deve estar cadastrado no sistema de cadastro de consumidores de baixa tensão e ter a tarifa social de energia elétrica ativada. O consumidor deve estar cadastrado no sistema de cadastro de consumidores de baixa tensão e ter a tarifa social de energia elétrica ativada. O consumidor deve estar cadastrado no sistema de cadastro de consumidores de baixa tensão e ter a tarifa social de energia elétrica ativada.

As informações sobre o funcionamento do sistema de cobrança de energia elétrica estão disponíveis no site da CELPE, em www.celpe.com.br.



TENSÃO NOMINAL (V)				UNIDADE DE VARIAÇÃO (%)	
220	220	220	220	220	220

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4003575387	12/2019	26/12/2019	107,15





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179003158**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2019** às **14:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **11/11/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 01, SÍTIO SANTA LUZIA - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA / SÍTIO SANTA LUZIA, PRÓXIMO A SEMEITEIRA/ESTUFA DE SILVANO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR \ AGENTE)
JACILDO JOSÉ DOS SANTOS (OUTRO)
JOSÉ LUCIANO DOS SANTOS (TESTEMUNHA)
JOSÉ SEBASTIÃO DE SANTANA NETO (TESTEMUNHA)
ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA

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

ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA FRANCISCA DA SILVA
Pai: MANOEL FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 22/7/1981 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6252492/SSP/PE (RG), 03857232455 (CPF), 05217299497 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTOTAXISTA Telefones Celulares: - 81996775707

Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 1 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

JACILDO JOSÉ DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/1/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

, (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/10/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ LUCIANO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 1/10/1930 Naturalidade: CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 36 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

JOSÉ SEBASTIÃO DE SANTANA NETO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: 10/10/1930 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

20/12/2019 14:33



Endereço Residencial: RUA DONA HERCULINA, 56 - CEP: 55665000 - Bairro: - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO /BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/NXR160 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JACILDO JOSÉ DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE) Unitário: (REAL)

Placa: PCQ2877 (PERNAMBUCO/CAMOCIM DE SAO FELIX) Renavam: 105440888 Chassi: 9C2KD0800FR031454

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2015 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: PAS/MOTOCICLETA/HONDA NXR160 ALCO/GASOL DE COR VERMELHA, A REFERIDA MOTO AINDA SE ENCONTRA EM NOME DO SR. JACILDO

Complemento / Observação

ESCLARECE A VÍTIMA QUE ESTAVA VINDO DO POVOADO DE SANTA LUZIA, ZONA RURAL DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX-PE, DE UMA VIAGEM, QUANDO SE DEPAROU COM UMA OUTRA MOTO DE CARACTERÍSTICAS NÃO SABIDAS, EM ALTA VELOCIDADE, CONDUZIDA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, NÃO TENDO SIDO POSSÍVEL EVITAR A COLISÃO FRONTAL, RESULTANDO AS MOTOS DANIFICADAS E O SR. ROSENILDO FRANCISCO SOFRIDO VÁRIAS LESÕES, QUANDO POPULARES O CONDUZIRAM PARA A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DA CIDADE DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX E, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, DE IMEDIATO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU-PE, ONDE FICOU INTERNADO E PASSOU POR CIRURGIA.

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

Rosenildo Francisco da Silva
ROSENILDO FRANCISCO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARTA CABRAL XAVIER - Matrícula: 3854019



20/12/2019 14:33





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: 038.572.324-55 4 - Nome completo da vítima: Rosenildo Francisco da Silva

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

5 - Nome completo: Rosenildo Francisco da Silva 6 - CPF: 038.572.324-55
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua Joaquim Nabuco 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Camocim de São Felix PE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55665-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9 9258-3087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2192 CONTA: 72 101 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)/nascidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

COMPROVAÇÃO DE PRESENCIA S/A
24 MAR 2020
Assinatura da testemunha
PROTOCOLADO
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Camocim de São Felix 24/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126921

Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000072101-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126921

Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

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

Carta nº 15648031



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:	30/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000072101-0

Nr. da Autenticação 99F1A956DFBA3620



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100220/20

Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 038.572.324-55

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA : 038.572.324-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/03/2020
Nome: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA
CPF: 038.572.324-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200126921 **Cidade:** Camocim de São Félix **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROZENILDO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE LE FORT I.
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILAR DIREITO.
FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS
CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00





SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO Nº.: 201.459
DATA: 11/11/19
HORÁRIO: 11 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem: _____ Profissional ACS: _____
Nome do paciente: Rogério Francisco da Silva
Genitora: Silvana Francisco da Silva
Data nasc: 22/07/81 Idade: 38a Sexo: ☒ MASC. () FEM. Cor: _____
Endereço: Rua Hercúlio nº: _____
Bairro: _____ Ponto de referência: _____
Profissão: Agricultor
Nome do acompanhante: _____ () Filho () Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP:

QUEIXA PRINCIPAL:

Pele quente e úmida, com sangramento nasal
atras, prurido nasal e urticária.

EXAME FÍSICO:

com dor intensa

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de Trauma de Face CID: _____

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

ST 0.9 x 1.8 ml IV
clorpromazina 1 FA + ST 100 ml IV
Isotretinoina 2 mg + ST 100 ml IV



DESTINO DO PACIENTE:

() OBSERVAÇÃO CLÍNICA () CITO: H MIN
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA () TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() INTERNAMENTO HRA 0110

ALTA HOSPITALAR

DATA: _____ HORA: _____ ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

ODD: 147





DECLARAÇÃO

***Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Rozenildo Francisco da Silva***

***Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 11/11/2019 a
19/11/2019***

Registro: 348751

Diagnostico: Fratura de Le fort 1 Esquerda + CZM Direito + OPN.

Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S02.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 09 de Dezembro de 2019

09.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

Br. 232 - Km 130

Indianópolis - CEP 55.024-000

setor de arquivo (SAME)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Jozeildo Francisco da Silva

Prontuário: 318751

Data: 11 / 11 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

fratura Le Fort I @ + C7H @ + ORN

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

potenciais ao ambulatório de Dr. Raulo Freitas no dia
25/11/19 às 7:00. OBS: Levar todos os exames e marcas
com antecedência

06:30

TRATAMENTO REALIZADO:

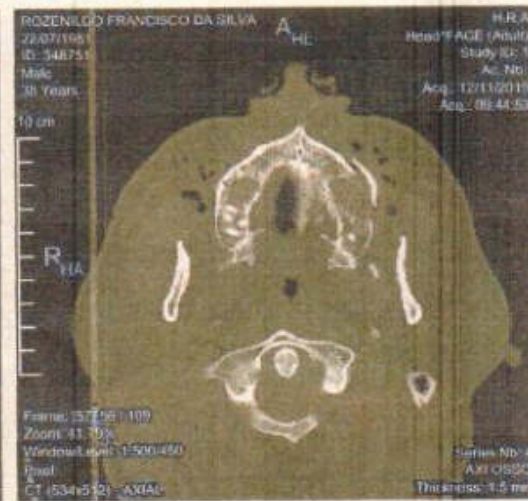
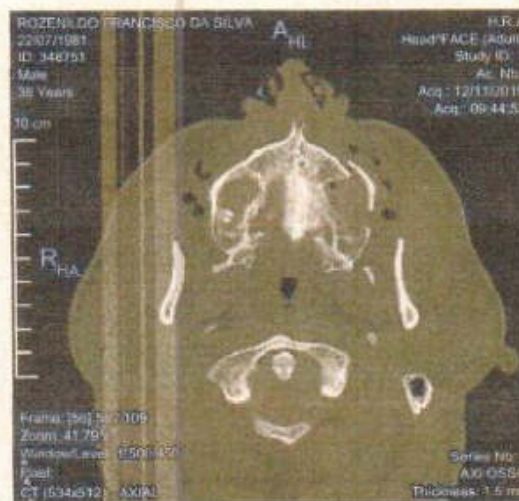
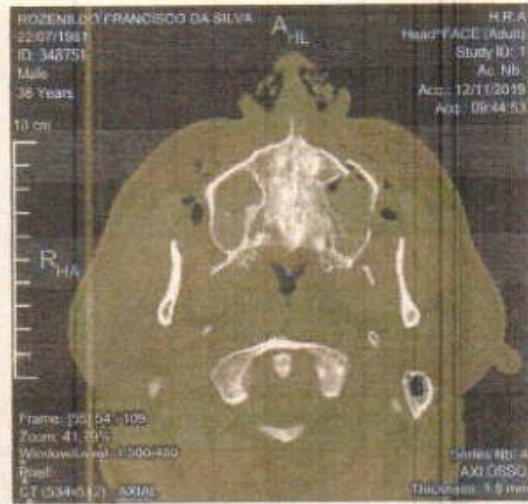
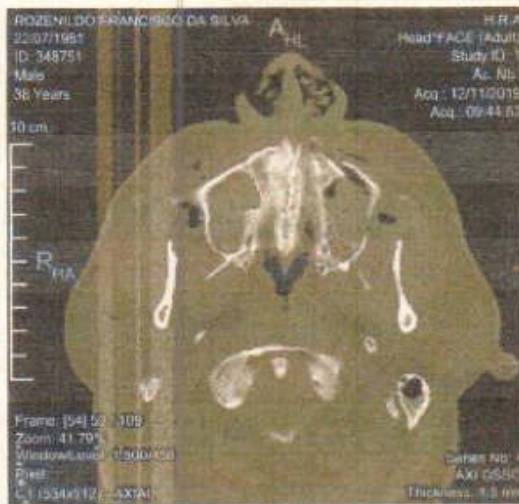
Intussusção de fratura complexa orbito-zigomá-
maxilar

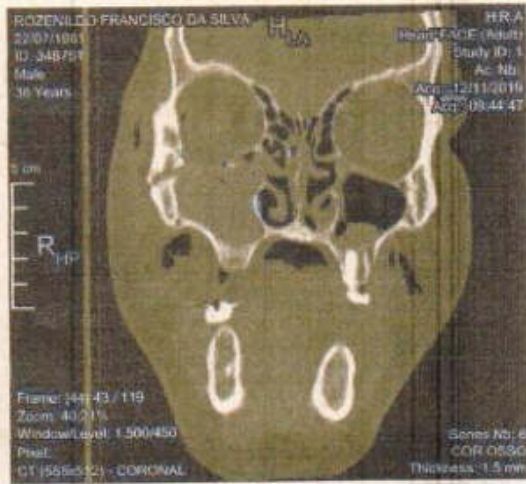
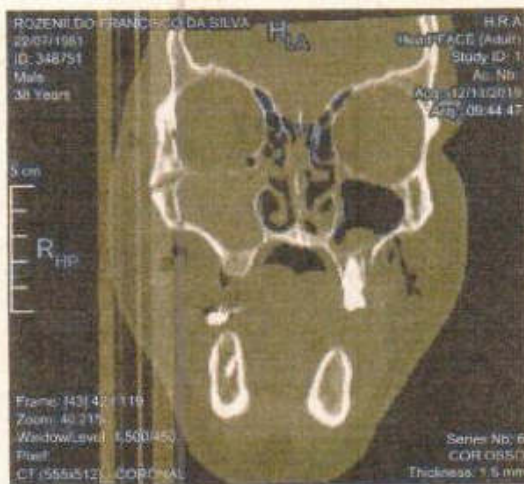
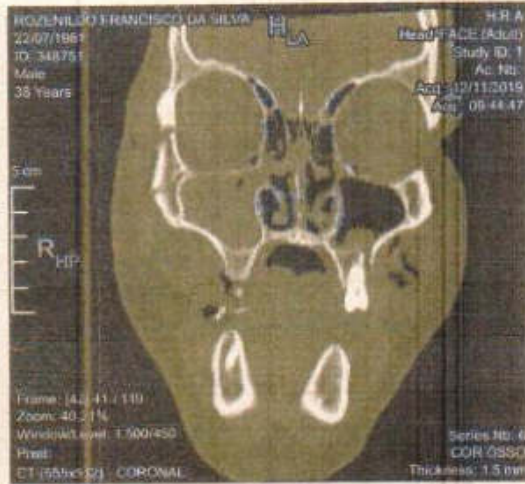
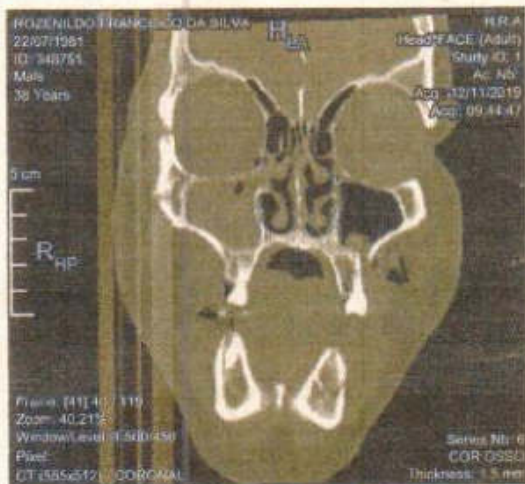
Alta Hospitalar: Data: 19 / 11 / 19

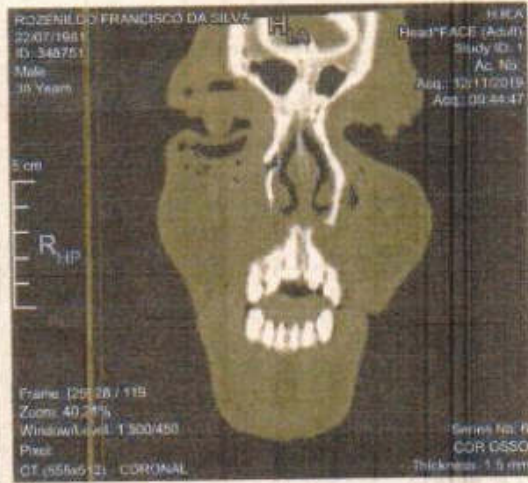
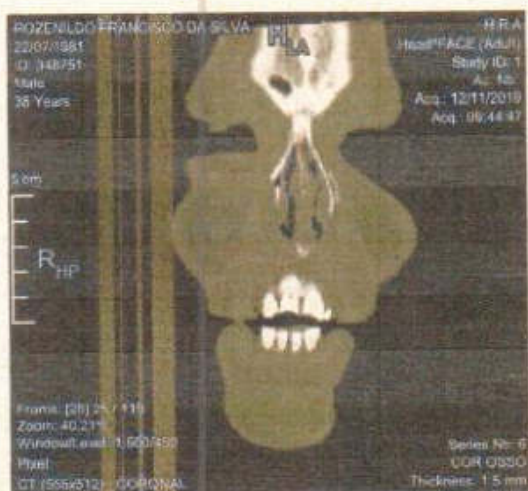
Hora: 09:00

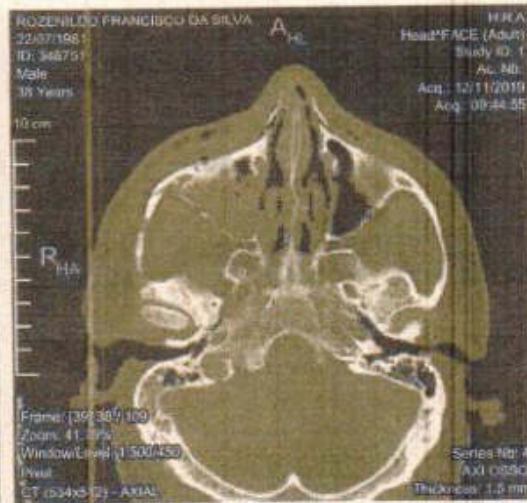
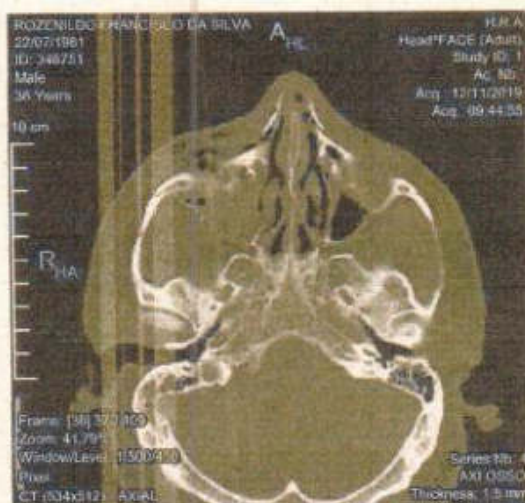
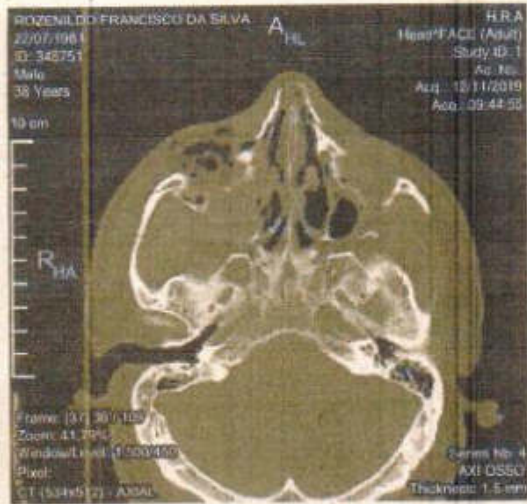
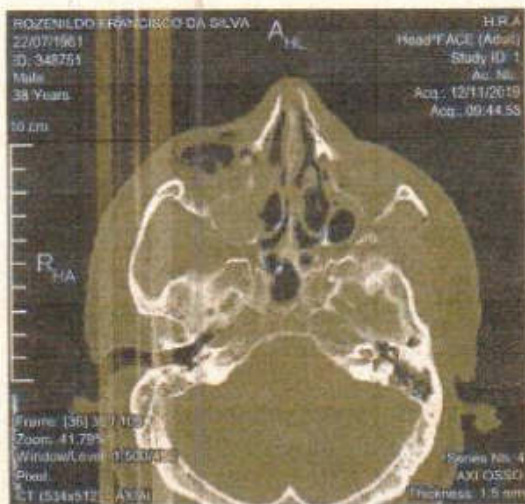
Ass. do Médico e CRM
Carimbo



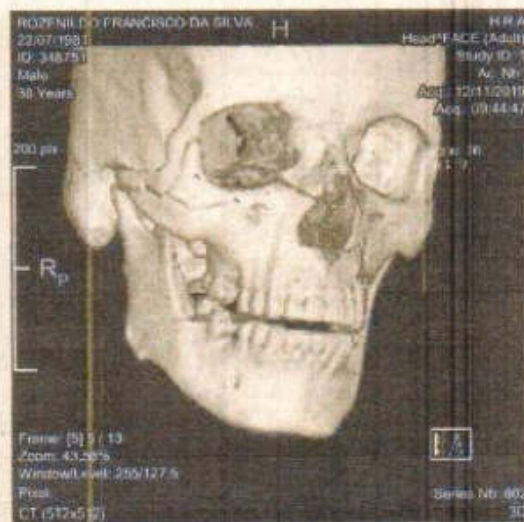
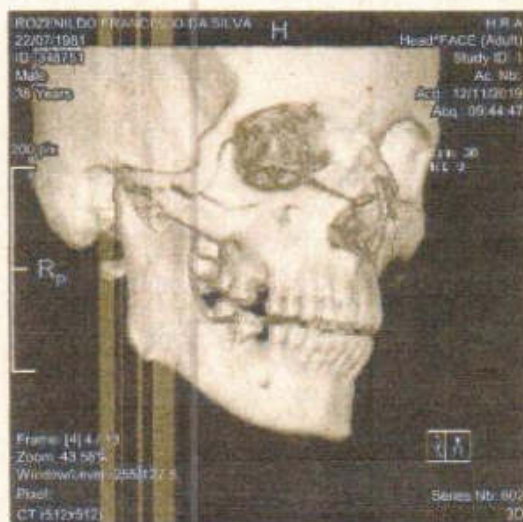
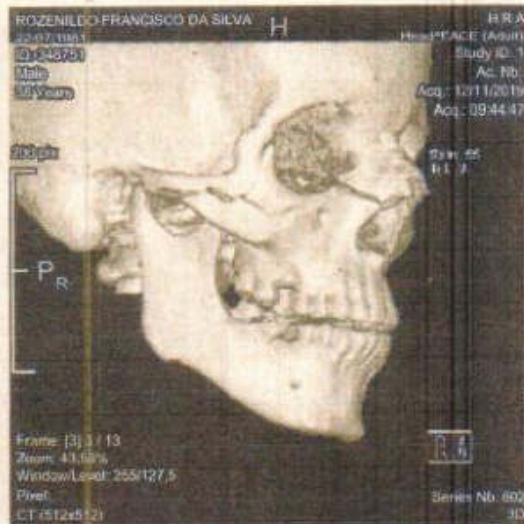
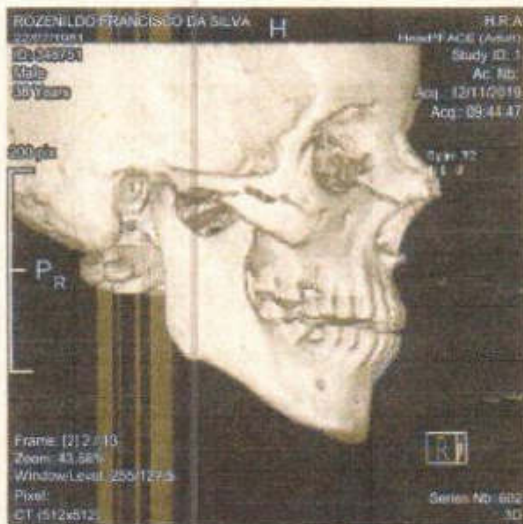


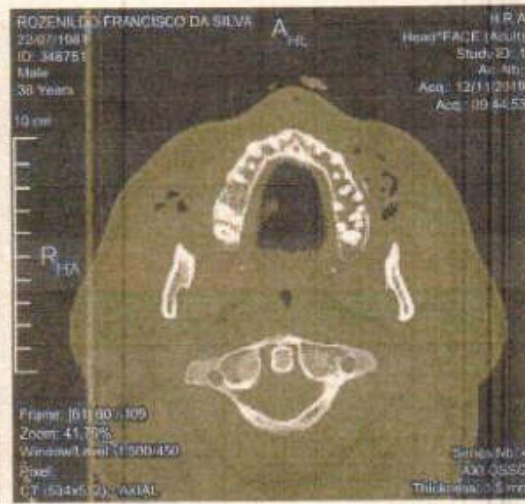
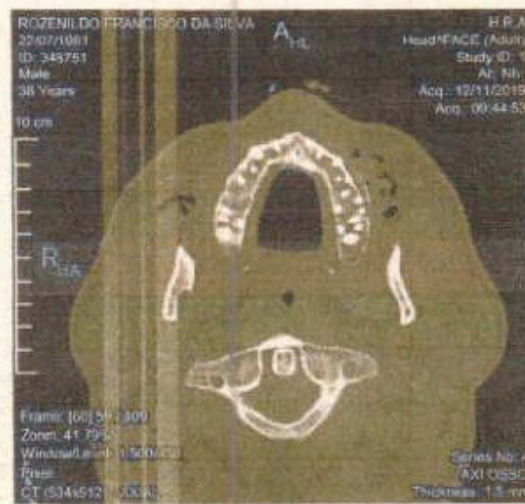
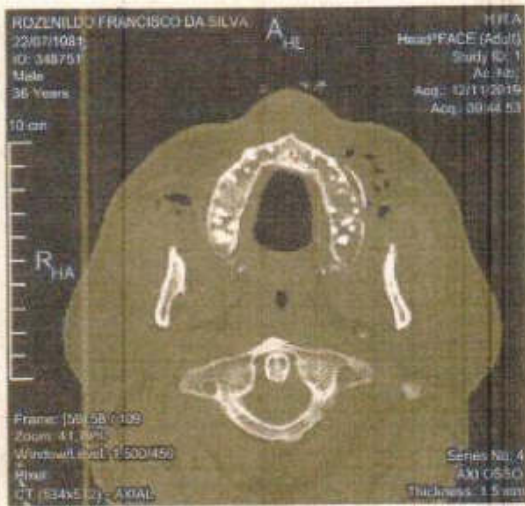
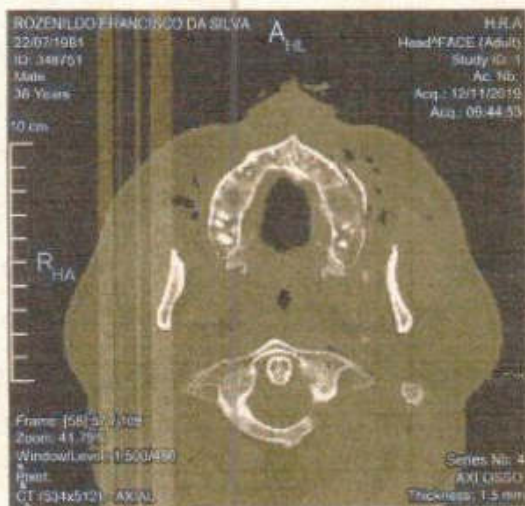


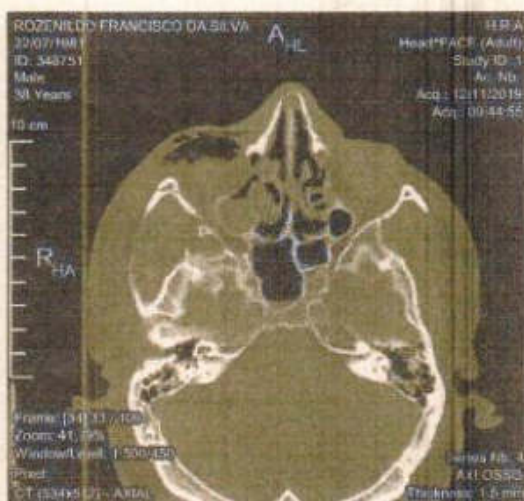
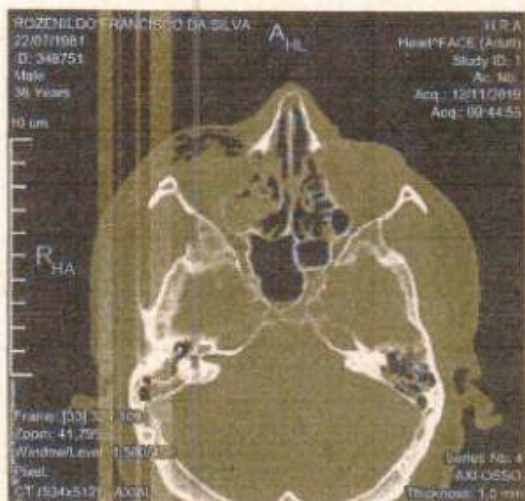
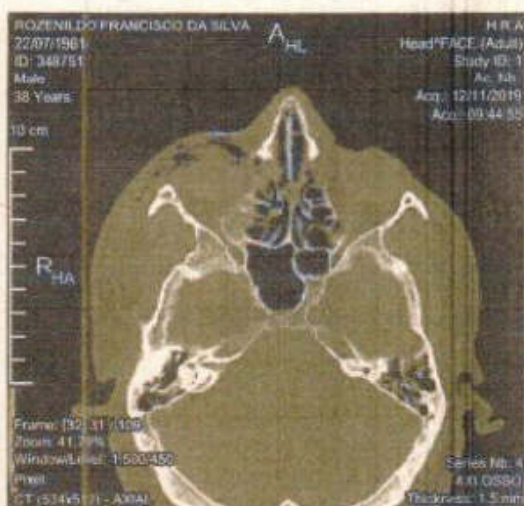
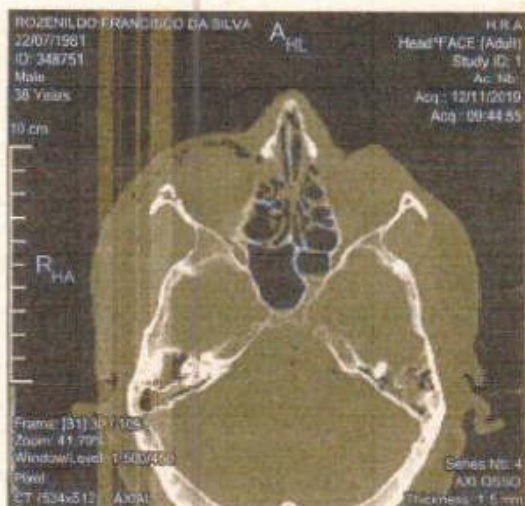


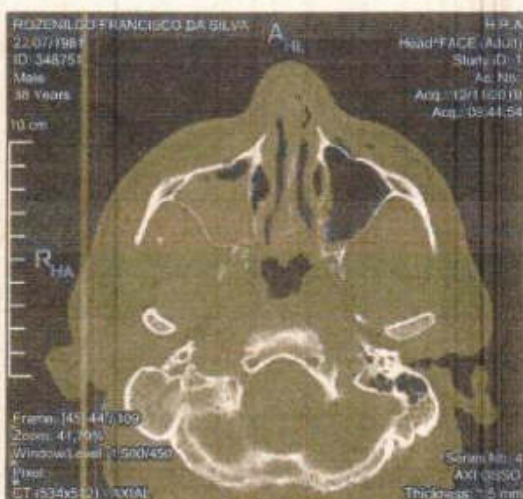
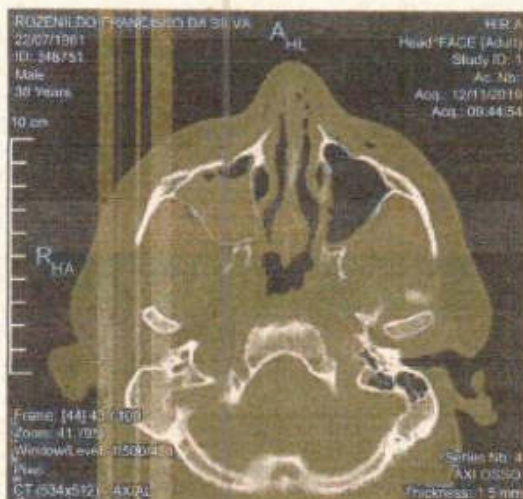
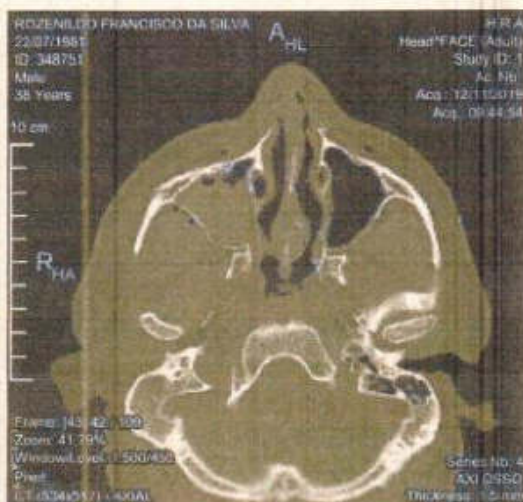
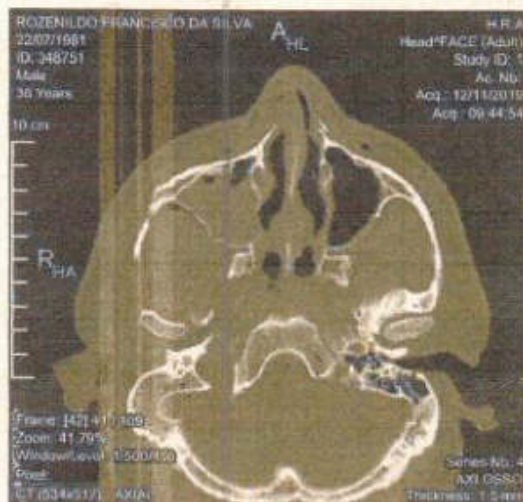


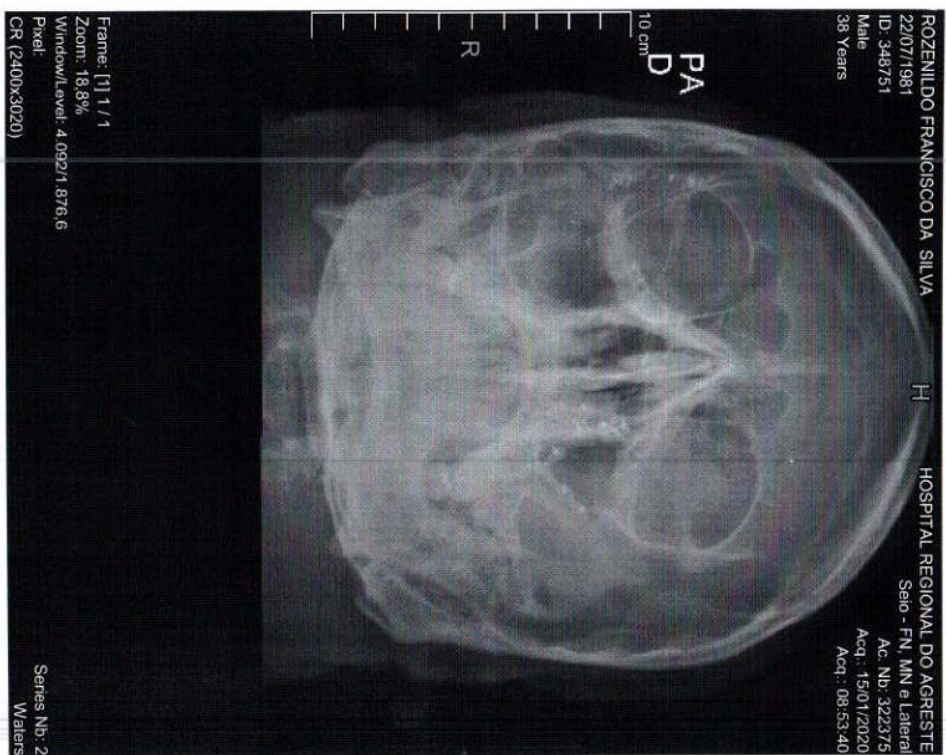
L.54













REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014806079177
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM B.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 1054408830 ***** 2019

NOME
JACILDO JOSE DOS SANTOS

CMOCIM DE SAO FELIX-PE
PLACA
PO2877

022.814.184-21
OFF / CIPJ

PLACA ANT / UF
***** / PE
9C2KD0800PR031454

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

CONJUNTIVEL
ALCO/CASOL

ANQ FAB 2015 ANQ MOD 2015

COB PREDOMINANTE
VERMELHA

CATEGORIA
PARTIC

VENCI. COTA UNICA
1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO TAFARÍO (R\$) 80.11
10F (R\$) 0.2
PREMIO TOTAL (R\$) 84.58
DATA DE PAGAMENTO 19/02/19

AL. FID. ADM CONS INC BORDA LTDA

RESERVAÇÕES

CMOCIM *Roberto Carlos*
Roberto Carlos Moreira Fontelles
DATA 24/04/19

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

