



06/07/2020

Número: **0018385-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/04/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
64218 693	06/07/2020 14:26	<u>ANEXO 1</u>



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:26:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614261459700000063030689>
Número do documento: 20070614261459700000063030689

Num. 64218693 - Pág. 1



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 098.999.274-81

Nome: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

Data de Nascimento: 10/10/1987

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 23/12/2008

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:03:54 do dia 25/11/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 3C76.E835.BA00.7AB8



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190702444 Cidade: Lagoa do Itaenga Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO Data do acidente: 15/10/2019 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS(P.2)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453814/19

Vítima: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 098.999.274-81

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/10/2019

Titular do CPF: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO : 098.999.274-81

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: 16/12/2019
Nome: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO
CPF: 098.999.274-81

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:26:14
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614261459700000063030689>
Número do documento: 20070614261459700000063030689

Num. 64218693 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 054^a CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DE ITAENGA - DP54^aCIRC
DINTER1/11^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0144000881

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/11/2019 às 15:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 15/10/2019 às 11:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 01, PE 53 - SAÍDA DA CIDADE - EM FRENTE À CASA DE FARINHA DE ZENI - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VALCI JOSÉ DA SILVA (OUTRO)
ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a). ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a). DESCONHECIDO

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

ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOANA DA CONCEIÇÃO Pai: ANTONIO SEVERINO DE SANTANA Data de Nascimento: 10/10/1987 Naturalidade: LAGOA DE ITAENGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8545265/SDS/PE (RG), 09899927481 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 93487781

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA DO ITAENGA, 13, RUA MANOEL HERMÍNIO/ SAUDADE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DE ITAENGA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

VALCI JOSÉ DA SILVA - 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)

MOTO BROS 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a). VALCI JOSÉ DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a). ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NX 150 Objeto apreendido: Não



Cor. VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KIK2777 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 543974762 Chassi: 9C2KD0550DR211004
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCO/GASOL

VEÍCULO JEEP (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/JEEP/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Cor: BEGE - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

CONTA QUE PILOTAVA A SUPRACITADA MOTO PELO LOCAL ACIMA QUANDO FORA ATINGIDO PELO VEÍCULO JEEP NÃO IDENTIFICADO; QUE NA QUEDA SOFRERA FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO; QUE APÓS RECEBER OS PRIMEIROS SOCORROS NO HOSPITAL LOCAL, FORA ENCAMINHADO AO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, NO RECIFE, ONDE SOFRERA UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO A PRESENTE OCORRÊNCIA.

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

Adriano José do Nascimento
ADRIANO JOSÉ DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por FERNANDO ANTONIO GOMES DE MELO - Matrícula: 209120-8



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:26:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614261459700000063030689>
Número do documento: 20070614261459700000063030689

Num. 64218693 - Pág. 6



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:

098.999.274-81 Adriano José donasimente

5 - Nome completo:

Andriano José do nascimento

6 - CPF:

098.999.274-81

7 - Profissão:

freco ins...

8 - Endereço:

R. manuel Hormunho

9 - Número:

13

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Omitimo

12 - Cidade:

Sagaz de Itanga

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55840.000

16 - Tel.(DDDI):

(81)97915-3756

15 - E-mail:

maralbaressane@hot mail - com

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:

 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2239

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 20.195

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 (valencas)? 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 Lider 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 - Intenção capital da vítima ou beneficiário para obter benefício 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha40 - Local e Data: _____
Local: _____ Data: _____
Assinatura da testemunha41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura da testemunha43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura da testemunha

44 - Assinatura da testemunha

45 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da testemunha

47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha

49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha

51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha

53 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da testemunha

55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha

57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha

59 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da testemunha

61 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da testemunha

63 - Assinatura da testemunha

64 - Assinatura da testemunha

65 - Assinatura da testemunha

66 - Assinatura da testemunha

67 - Assinatura da testemunha

68 - Assinatura da testemunha

69 - Assinatura da testemunha

70 - Assinatura da testemunha

71 - Assinatura da testemunha

72 - Assinatura da testemunha

73 - Assinatura da testemunha

74 - Assinatura da testemunha

75 - Assinatura da testemunha

76 - Assinatura da testemunha

77 - Assinatura da testemunha

78 - Assinatura da testemunha

79 - Assinatura da testemunha

80 - Assinatura da testemunha

81 - Assinatura da testemunha

82 - Assinatura da testemunha

83 - Assinatura da testemunha

84 - Assinatura da testemunha

85 - Assinatura da testemunha

86 - Assinatura da testemunha

87 - Assinatura da testemunha

88 - Assinatura da testemunha

89 - Assinatura da testemunha

90 - Assinatura da testemunha

91 - Assinatura da testemunha

92 - Assinatura da testemunha

93 - Assinatura da testemunha

94 - Assinatura da testemunha

95 - Assinatura da testemunha

96 - Assinatura da testemunha

97 - Assinatura da testemunha

98 - Assinatura da testemunha

99 - Assinatura da testemunha

100 - Assinatura da testemunha

101 - Assinatura da testemunha

102 - Assinatura da testemunha

103 - Assinatura da testemunha

104 - Assinatura da testemunha

105 - Assinatura da testemunha

106 - Assinatura da testemunha

107 - Assinatura da testemunha

108 - Assinatura da testemunha

109 - Assinatura da testemunha

110 - Assinatura da testemunha

111 - Assinatura da testemunha

112 - Assinatura da testemunha

113 - Assinatura da testemunha

114 - Assinatura da testemunha

115 - Assinatura da testemunha

116 - Assinatura da testemunha

117 - Assinatura da testemunha

118 - Assinatura da testemunha

119 - Assinatura da testemunha

120 - Assinatura da testemunha

121 - Assinatura da testemunha

122 - Assinatura da testemunha

123 - Assinatura da testemunha

124 - Assinatura da testemunha

125 - Assinatura da testemunha

126 - Assinatura da testemunha

127 - Assinatura da testemunha

128 - Assinatura da testemunha

129 - Assinatura da testemunha

130 - Assinatura da testemunha

131 - Assinatura da testemunha

132 - Assinatura da testemunha

133 - Assinatura da testemunha

134 - Assinatura da testemunha

135 - Assinatura da testemunha

136 - Assinatura da testemunha

137 - Assinatura da testemunha

138 - Assinatura da testemunha

139 - Assinatura da testemunha

140 - Assinatura da testemunha

141 - Assinatura da testemunha

142 - Assinatura da testemunha

143 - Assinatura da testemunha

144 - Assinatura da testemunha

145 - Assinatura da testemunha

146 - Assinatura da testemunha

147 - Assinatura da testemunha

148 - Assinatura da testemunha

149 - Assinatura da testemunha

150 - Assinatura da testemunha

151 - Assinatura da testemunha

152 - Assinatura da testemunha

153 - Assinatura da testemunha

154 - Assinatura da testemunha

155 - Assinatura da testemunha

156 - Assinatura da testemunha

157 - Assinatura da testemunha

158 - Assinatura da testemunha

159 - Assinatura da testemunha

160 - Assinatura da testemunha

161 - Assinatura da testemunha

162 - Assinatura da testemunha

163 - Assinatura da testemunha

164 - Assinatura da testemunha

165 - Assinatura da testemunha

166 - Assinatura da testemunha

167 - Assinatura da testemunha

168 - Assinatura da testemunha

169 - Assinatura da testemunha

170 - Assinatura da testemunha

171 - Assinatura da testemunha

172 - Assinatura da testemunha

173 - Assinatura da testemunha

174 - Assinatura da testemunha

175 - Assinatura da testemunha

176 - Assinatura da testemunha

177 - Assinatura da testemunha

178 - Assinatura da testemunha

179 - Assinatura da testemunha

180 - Assinatura da testemunha

181 - Assinatura da testemunha

182 - Assinatura da testemunha

183 - Assinatura da testemunha

184 - Assinatura da testemunha

185 - Assinatura da testemunha

186 - Assinatura da testemunha

187 - Assinatura da testemunha

188 - Assinatura da testemunha

189 - Assinatura da testemunha

190 - Assinatura da testemunha

191 - Assinatura da testemunha

192 - Assinatura da testemunha

193 - Assinatura da testemunha

194 - Assinatura da testemunha

195 - Assinatura da testemunha

196 - Assinatura da testemunha

197 - Assinatura da testemunha

198 - Assinatura da testemunha

199 - Assinatura da testemunha

200 - Assinatura da testemunha

201 - Assinatura da testemunha

202 - Assinatura da testemunha

203 - Assinatura da testemunha

204 - Assinatura da testemunha

205 - Assinatura da testemunha

206 - Assinatura da testemunha

207 - Assinatura da testemunha

208 - Assinatura da testemunha

209 - Assinatura da testemunha

210 - Assinatura da testemunha

211 - Assinatura da testemunha

212 - Assinatura da testemunha

21



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:
	098.999.274-81	Andriano José donasimente

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Andriano José do nascimento	098.999.274.81		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
freco ins.	R. manuel Hormunho	13	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	14 - CEP:	16 - Tel.(DDDI)
Ormitimo	Lagoa de Itaenga	55840.000	(81) 97915-3756
15 - E-mail:	DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR		
maralbaressene@hotmail.com			

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:

RECUZO INFORMAR R\$1.000 A R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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 bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2239 CONTA: 20.195 Z
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (valencas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 - Intenção capital da vítima ou beneficiário para obter benefício	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
--	--	-------------------------------------

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
---	--------------------------

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
--	-------------------------------------

40 - Local e Data: Fortaleza, 25/11/2019	Assinatura da testemunha
--	--------------------------

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Andriano José donasimente	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

ELEI OS UNICOS BENEFICIARIOS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ELEI OS UNICOS BENEFICIARIOS



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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190702444 Vítima: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

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, contados 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 n° 15276114



2020 011117/011118 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:26:14
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061426145970000063030689>
Número do documento: 2007061426145970000063030689

Núm. 64218693 - Pág. 9



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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190702444

Vítima: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

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

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

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

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

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

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

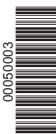
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00005/00006 - carta_07 - INVALIDEZ



00050003

Carta nº 15308497



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 14:26:14
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070614261459700000063030689>
Número do documento: 20070614261459700000063030689

Num. 64218693 - Pág. 10

25/11/2019

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA;
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO CPF: 098.999.274-81 NIS: 16025076892

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
29/11/2019	22/11/2019	007005727140

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL HERMINIO 13 -FR CEMITERIO/LAGOA ITAENGA, 55840-000 LAGOA DE ITAENGA PE

CLASSIFICAÇÃO	Nº DO CLIENTE
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	2011128402

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

RESERVADO AO FISCO
AEEFA.86CE.3567.7D26.56D0.30A8.4C50.465B

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍPCAO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30,00	0,19327691	5,79
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	70,00	0,33133185	23,19
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh	27,00	0,49089778	13,41
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,46
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,65
ICMS Subvenção-CDE-NF 078410270-20/09/19			0,60
Multa por atraso-NF 078410270 - 20/09/19			1,51
Juros por atraso-NF 078410270 - 20/09/19			0,78
TOTAL DA FATURA			53,78

INFORMAÇOES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS					
BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO %	VALOR DO IMPPOSTO		
8,00	0,00	45,15	0,92	0,41	45,15	4,25	1,91

EM ATE 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Vencido	01 Nov	Valor

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dezo cíclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo ser iniciada cobrança conforme os critérios definidos no Art. 92 REN 414/ANEEL, podendo ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito: SPC e SERASA.

TARIFAS APLICADAS	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo ate 30 kWh: 0,19327691	NOV 19
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh: 0,33133185	OUT 19
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh: 0,49089778	SET 19
Acréscimo Bandeira AMARELA: 0,30	AGO 19
Acréscimo Bandeira VERMELHA: 2,46	JUL 19
Contrib. Ilum. Pública Municipal: 5,65	JUN 19
ICMS Subvenção-CDE-NF 078410270-20/09/19: 0,60	MAI 19
Multa por atraso-NF 078410270 - 20/09/19: 1,51	ABR 19
Juros por atraso-NF 078410270 - 20/09/19: 0,78	MAR 19
TOTAL DA FATURA: 53,78	FEB 19
	JAN 19
	DEZ 18
	NOV 18

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DÍAS	CONSTANTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
900000063011104539	CAT	23/10/2019	12.757,60	22/11/2019	12.884,00	30	1.00000
						127,80	

(DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/12/2019)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	GLÓRIA DO GOITÁ	0,00	11,34	22,68
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,26	6,52
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DCRI-Duração de Interrupção em dias úteis			Limite DCRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,00				
Dado: Consumidor pode solicitar a apresentação das indicações DIC, FIC, DMIC e DCRI e assimilar sempre				

INFORMAÇOES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você! ag corretor lagos do ouro: rua paulo joão xall centro / farmácia estação: prisa maria aurora i-n centro lista completa em www.celpe.com.br							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br .							
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.							
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.							
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 15% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.							
Isenção do ICMS conforme art. 3, XLVIII, a, 2.2.2, do ICMS-PE.							
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 33,91.							
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.							
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.							

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007005727140	11/2019	53,78	29/11/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838900000005 537800110073 005727140109 142931018732				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Scanned by CamScanner



PREFEITURA DE
LAGOA DE ITAENGA
AVANÇANDO NO RUMO CERTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA JOSEFA CAVALCANTI
DE PETRIBÚ

FICHA DE OBSERVAÇÃO/OU EMERGÊNCIA

Data:	Hora de Chegada:	Hora de Saída:
15-10-2015	11:31	
Adriano José da Nóbrega		Registro Nº. 9036729
Sexo: ♂	Idade: 32	Cor: ⚪
Naturalidade: Içara - SC		
Endereço: Rua da Saudade		
Responsável: P. Anna		
E.D.A.: Acidente moto - carro. Encaminhado para MSF e MEF. Dor em peito ①.		

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 130x90	P脉:	Temperatura:	Peso:
respiratória:	HGT:		
Diagnóstico:			

PREScrição MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
① Arritmia taurina X ② Devido a ① → batimento rápidos e ritmo desregulado. ③ Lesões no peito -> 140-150 mm Hg -> Dor ①. Dor no peito	X Hab. Paciente Dor no peito
Vitória da Conquista - SP 23/10/2015	
<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>
Assinatura do Médico - CREMEPE	

Dra. Barbara Almeida
Médica
CRM-BA 23995

Scanned by CamScanner





SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE PABX 31128500

RESUMO DE ALTA

Nome: ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO

Reg: 1097744 Ent: 17 Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 15/10/19 DATA DE SAÍDA:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

DIAGNÓSTICO FINAL:
O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE
RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM PLACA BLOQUEADA.
PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS OPERATÓRIO, COM FÔ COM BOM
ASPECTO, RECEBEU ALTA COM DEVIDAS ORIENTAÇÕES.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA
PARA CONTROLE EM 15 DIAS

ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

SE/SEFUSAM
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado ADRIANO JOSE DO NASCIMENTO portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 60 (SESSENTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico:

Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior
Recife,

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINAIDADES PRIVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14/03/67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO