



Número: **0011463-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/03/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CICERO JOAQUIM CAETANO (AUTOR)	CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64371 845	08/07/2020 15:54	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: CICERO JOAQUIM CAETANO
Nº Sinistro: 3180339759
Vitima: CICERO JOAQUIM CAETANO
Data do Acidente: 16/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO

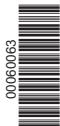
Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180339759**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Pag. 001/25/00126 - carta_03 - INVALIDEZ



00660063

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13143030

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO JOAQUIM CAETANO**

Nº Sinistro: **3180339759**
Vitima: **CICERO JOAQUIM CAETANO**
Data do Acidente: **16/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339759**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13144356

Pag. 01283/01284 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: CICERO JOAQUIM CAETANO

Nº Sinistro: 3180339759
Vitima: CICERO JOAQUIM CAETANO
Data do Acidente: 16/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180339759**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradolider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01925/01926 - carta_04 - INVALIDEZ



00050963

Carta nº 13417442



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 3



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	585.483.514-20	RICARDO JOAQUIM RAE TANHO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo RICARDO JOAQUIM RAE TANHO	CPF titular da conta 585.483.514-20	Profissão PORTERIO	
Endereço RUA JOSE RUBECIRO ALVES	Número 27	Complemento	
Bairro Nº Sua das Graças	Cidade GRANATÁ	Estado PE	CEP 55641-774
Email ELECO10322@GMAIL.COM		Telefone (DDD) A17 33291-8735	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input type="checkbox"/> RÉCUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. 0943	D/V _____	CONTA NRO. 34436	D/V _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GRANATÁ, 21 de Maio de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ºCIRC
DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0152001765

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/04/2018** às **16:04**

Complementa o BO Número: **18E0152001760**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **16/3/2018** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, VIA LOCAL** - Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CÍCERO JOAQUIM CAETANO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOAQUIM CAETANO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO

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

CÍCERO JOAQUIM CAETANO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL JOAQUIM CAETANO** Data de Nascimento: **5/12/1961** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 27, COABH 1, RUA JOSE RIBEIRO ALVES NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

ARUANA SEGUROS

24 JUL 2018

Placa: **PGA7227** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a)

26/04/2018 15:49



Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/MITSUBISHI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O SENHOR CÍCERO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA VIA LOCAL DESTE MUNICÍPIO, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, QUANDO UM ELEMENTO DESCONHECIDO QUE TRANSITAVA PELA BR232, ADENTROU A VIA LOCAL SEM SINALIZAR E BATEU NA VITIMA, VINDO ELE A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, ONDE OBTEVE O DEVIDO ATENDIMENTO MÉDICO. TENDO SOFRIDO TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO (CID 5526).

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


CICERO JOAQUIM CAETANO

(VITIMA)

B.O. registrado por: **MILKAINE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**



26/04/2018 15:49





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062^ª CIRCUISCRICAO - GRAVATÁ - DP62^ªCIRC DINTER1/12^ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0152001760

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/04/2018 às 14:56

Complementado pelo BO Número: 18E0152001765

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia **16/3/2018** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, VIA LOCAL -**
Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CÍCERO JOAQUIM CAETANO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CÍCERO JOAQUIM CAETANO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO

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

CÍCERO JOAQUIM CAETANO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL JOAQUIM CAETANO** Data de Nascimento: **5/12/1961** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATA, 27, COABH 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CÍCERO JOAQUIM CAETANO**.

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE MÁX. INFORMADA)**

Placa: **PC-17007** (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

ARUANA SEGUROS
24 JUL 2018
Av. em posse do(a) Sr(a).

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**.

ELEMENTO DESCONHECIDO Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/MITSUBISHI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não Quantitado**

Andreson O. de S. Lins
Agente da Pefoce

Complemento / Observação

IG_238_B3_36/pernambuco/VisualizeBO.do?idIn=152&idOc=7077467&proBO=1&E0152001760&lipa=simples&natPrincipais=ACIDENTE%20DE%20TR



11/07/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

O SENHOR CÍCERO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA NA VIA LOCAL DESTE MUNICÍPIO, PRÓXIMO A VIME DECORAÇÕES, QUANDO UM ELEMENTO DESCONHECIDO QUE TRANSITAVA PELA BR232, ADENTROU A VIA LOCAL SEM SINALIZAR E BATEU NA VITIMA, VINDO ELE A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, ONDE OBTEVE O DEVIDO ATENDIMENTO MÉDICO. TENDO SOFRIDO TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO (CID 5526).

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

**CÍCERO JOAQUIM CAETANO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MILKAINÉ LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**



Adem
Andreson O. de S. Lins
Agente da Polícia
Tel: 221.4304-3

ARUANA SEGUROS
24 JUL 2018

10.238.83.36/pernambuco/visualizaBO.do?idUn=152&idOc=7077467&nroBO=1BE0152001760&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20DE%20TF



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima
EICERO JOAQUIM FABIANO CPF da Vítima
585.483.514-20 Data do Acidente
16/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

GRAVATAÍ, 13 de JULHO de 2018

Local e Data

Eduardo F. M. Cordeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS

24 JUL 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALE001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR. PAULO DA VEGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL:
PACIENTE: RICARDO JOAQUIM CARVALHO
GENITORA: IDENE M. DA CONCEIÇÃO
DATA DE NASCIMENTO: 05/10/65 IDADE: 40
ENDEREÇO: R. JOSÉ RIBEIRO ALVES
BAIRRO: CIDADE: GFA
PONTO DE REFERÊNCIA:

DATA: 26/03/88 : MOTO
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 02:25

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 302:05

CNS:
TELEFONE:

SEXO: M

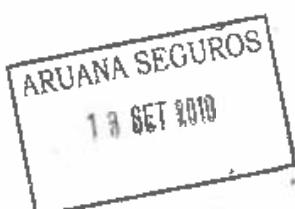
COR: 1

Nº:
UF: / CEP:

ACOMPANHANTE: FIZHO / DANIELE - SAMU

HDA

EXAME FÍSICO



SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.
20/04/11

EXAMES SOLICITADOS

EXAMES SOLICITADOS

HD

polianthes

Dr. Lázaro Luis SOUZA
Médico
CRM-PE 25265

CIP

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Rua Santa Mônica, 5/81 - Negril das Gracas - Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0422



SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.
F.C.		F.R.	/	

1. Tármal. 120 g + 100 - 51342

2. Cx - 26Kg. 8-3

3. Peso - 31 kg - 513

4. Saturação 98 + 92

5. Pressão: NK

6. Acesso: nk 31-15

7. ALG 0
Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25266

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25266

8. 2000 mg. na 1/2

9. Infusão

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25266

ALTA

CURADO <input type="checkbox"/>	MELHORADO <input type="checkbox"/>	A PEDIDO <input type="checkbox"/>
TRANSFERIDO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	ÓBITO <input type="checkbox"/>

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

ARUANA SEGUROS

13 SET 2018

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO/SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsra das Graças – Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423





Prefeitura de

GRAVATÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATÁ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gravatá, 12 de abril de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **CÍCERO JOAQUIM CAETANO** foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no dia 16 de março de 2018, às 11h56min, vítima de trauma por acidente motociclistico, sito à BR 232, no município de Gravatá. Sem mais para o momento.

JACQUELINE AUGUSTA
Coordenadora Geral
COEM 103/77

Jacqueline Augusta do N. Oliveira
Coordenadora Geral do SAMU Gravatá

ARUANA SEGUROS

13 SET 2019

Enderço: Rua XV de Novembro , 121 – Nossa Senhora das Graças – Gravatá -PE

CEP: 55.642-550 Fone/Fax: (81) 3563-9024/9025.

CNPJ: 10.710.822/0001-10

saudem@prefeituradegravata.pe.gov.br

www.prefeituradegravata.pe.gov.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 13

COTA ÚNICA OU 1 ^ª PARCELA - IPVA				
AUTENTICAÇÃO				
<p>1 - ATENÇÃO Antes de pagar este boleto de licenciamento CONFIRA PLACA E HOME.</p> <p>2 - PORTADOR DE DEFICIÊNCIA ISENTO DE IPVA EM 2016 Caso corolla cobreça de IPVA, dirija-se à SEFAZ, até o vencimento, para requerer o benefício da isenção do IPVA.</p> <p>3 - ENTREGA DO CRLV Após o pagamento de todos os débitos, será enviado o CRLV, via Correia, no prazo máximo de 30 dias, expedido assim o Licenciamento 2016.</p> <p>4 - PORTE OBRIGATÓRIO DO CRLV (RES.205/2006) O porte do CRLV 2016 será obrigatório após as datas abaixo, de acordo com as fêmeas de pagamentos:</p> <table border="0"> <tr> <td>1, 2, 3 e 4 - 30 de junho</td> </tr> <tr> <td>5, 6, e 7 - 26 de julho</td> </tr> <tr> <td>8, 9, e 10 - 31 de agosto</td> </tr> </table> <p>Se não receber o CRLV 2016, agende o serviço no site do DETRAN-PE www.detran.pe.gov.br, para qualquer um dos postos de atendimento, até as prazos acima, e compareça na data agendada, munido de comprovante de endereço atualizado DNR (ÚLTIMOS 3 MESES) e de cópia do documento de identificação.</p> <p>2^ª parcela - IPVA.</p>		1, 2, 3 e 4 - 30 de junho	5, 6, e 7 - 26 de julho	8, 9, e 10 - 31 de agosto
1, 2, 3 e 4 - 30 de junho				
5, 6, e 7 - 26 de julho				
8, 9, e 10 - 31 de agosto				
AUTENTICAÇÃO				
<p>EM CASO DE ATRASO DO PAGAMENTO, EMITIR NOVA GUIA PELA INTERNET www.detran.pe.gov.br</p> <p>Teleatendimento DETRAN - 3453.1514 OUVIDORIA DETRAN - 3184.8249 TELESEFAZ / IPVA - 0800 285 1244 www.sefaz.pe.gov.br</p> <p>3^ª COTA IPVA 116025004180242707 2^ª COTA IPVA 11602500418242782 1^ª COTA IPVA 11602500418242738 LÍNEA IPVA 116025004187242793 ÓRS, TRÂNSITO DE PERNAMBUCO 216025004188242719 ÚNICA DPVAT 000490097967902111617</p> <p>IPVA 2016 EM COTA ÚNICA COM 5% DE DESCONTO Emite o boleto no site do Detran-PE www.detran.pe.gov.br em um dos postos de atendimento DPVAT 2016 - "Parcelamento disponível para valores a partir de R\$ 210,00 Emite os boletos no site: www.dpvatparcialmentedetransseguroslife.com.br ou ligar para 0800 701 3421</p> <p>3^ª parcela - IPVA.</p>				
AUTENTICAÇÃO				



CAIXA

A vida pede mais que um banco



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 15

CAIXA

A vida pede mais que um banco



RECIFE PE PLS DATA DE POSTAGEM: 17/06/2016

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO
DO PRADO 85
PRADO
55642-150 GRAVATA PE



7211307001063474801124894530170815

ARUANA SEGUROS

14 SET 2018

000 - MBLPRO4K

PARA USO DOS CORREIOS

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01-Mudou-se | <input type="checkbox"/> 05-Descontinuado | <input type="checkbox"/> 10-Objeto Danificado |
| <input type="checkbox"/> 02-Endereço Insuficiente | <input type="checkbox"/> 06-Recusado | <input type="checkbox"/> 11-End. Desconhecido na Localidade |
| <input type="checkbox"/> 03-Não Existe N° Indicado | <input type="checkbox"/> 07-Ausente | <input type="checkbox"/> 12-Falta Complemento (Coleiv./JGU) |
| <input type="checkbox"/> 04-Falecido | <input type="checkbox"/> 08-Não Procurado | <input type="checkbox"/> 13-Caixa Postei Cancelada |

Requerendo ao Serviço Postal em:

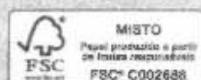
Retirada do Recipientes

Município

REMETENTE

CAIXA ECONOMICA FEDERAL - SIAPI
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
520 QUADRA 4
4 - GEPVA
70070-140

ASA SUL
BRASILIA - DF
004310



SICOB



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 16



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29634>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ELECIO DE SOUSA FILHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.693.994-92, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELECIDO JOAQUIM CASTANHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.483.514-20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELECIDO JOAQUIM CASTANHO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 585.483.514-20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 1.700,00 e apresento os documentos comprobatórios:
QAB/PE

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA DO PRADO</u>	Número <u>85</u>	Complemento
Bairro <u>PRADO</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642-150</u>
Email <u>elecio322@ghoil.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(21) 3291-8785</u>	Telefone celular (DDD)

GRAVATAÍ, 13 de JULHO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
24 JUL 2018

DLDRL.001 V001/2017





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLOS ELCÉIO DE SOUSA FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 089.633.334-732 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS JOAQUIM CASTANHO inscrito (a) no CPF sob o N° 585.483.514-720, do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDOS da Vítima CARLOS JOAQUIM CASTANHO, inscrito (a) no CPF sob o N° 585.483.514-720, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:
OAB e DECLARAÇÃO IR.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>RUA DO PRADO</u>	<u>25</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>PRADO</u>	<u>PE</u>	<u>55642-150</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDO)
<u>ELCÉIO322@GMAIL.COM</u>		<u>(81) 33231-3785</u>

GRAVATAÍ, 23 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 18

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 087.693.994-92	Nome do declarante CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO			Telefone
Endereço RUA DO PRADO		Número 85	Complemento	
Bairro/Distrito PRADO	CEP 55642-150	Município GRAVATA		UF PE

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais) 24.000,00
IMPOSTO DEVIDO	0,00
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	0,00
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 28/08/2018 às 11:24:40
1803873593

ARUANA SEGUROS
14 SET 2018

1803873593

Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 19



Secretaria de Saúde

SECRETARÍA
Decreto Rosario extenso
Facendo unica
Pauta postal de fatura
PUNTO ESTANDAR CID S. 52.6
por andante & traseiro.
Realizaro trato com estes Confessados
e del Apurado facendo
Ata unica

Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaiting Poggy, 33 - Prado - Gravatá - PE
Fone: 3563-9024/9025 / email: ouvidoriausgravata@hotmail.com

ABUJANA SEGUROS

24 JUL 2018





Prefeitura de
Gravatá
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE
ACESSO PESSIMAL EXTERNO
JANUARIO VIEIRAS
PAULISTA POSTO 401 DE SANTOS
PONTO ESTACIONAMENTO S. 526
POR ADEANTE XE TRAVESSO.
REALIZADO TRATAMENTO CONFUSOR
COM APARELHO FARÓS
RUA VIEIRAS

Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izalting Peggy, 33 - Prado - Gravatá - PE
Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriadasusgravata@hotmail.com

Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriausgravata@hotmail.com

Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriausgravata@hotmail.com

25/04/10

Opuntia *acanthocarpa* (L.) Kuntze
Cactus Family

Scutellaria L.

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 32, No. 4, December 2007
DOI 10.1215/03616878-32-4 © 2007 by The University of Chicago

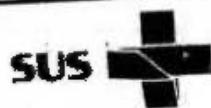
ARUANA SEGUROS

24 JUL 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL:
PACIENTE: RICARDO JOAQUIM SOUTO MAIOR
GENITORA: IRENE M. DA CONCEIÇÃO
DATA DE NASCIMENTO: 05/02/65 IDADE: 54
ENDEREÇO: R. José Ribeiro Alves
BAIRRO: Cidade: GIA
PONTO DE REFERENCIA:

DATA: 26/03/18
HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 12:25

CNS:
TELEFONE:
SEXO: M COR: P

Nº:
UF:
CEP:
ACOMPANHANTE: FILHO / DANIEL - SAMU

HDA

RT V/V 56 613n5 1990 / moto
vivo 11 (5) +
n. 7

EXAME FÍSICO

SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.

26/03/18

EXAMES SOLICITADOS

0 glicose nk oc BSAW + antidiab + n/a
0 fisiq + fibula. (0)

HD

0 folianura

Dr. Lázaro Luis Souza
Médico 2º ano CID
CRM-PE 27260 MARUANA SEGUROS

24 JUL 2018

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsr das Graças – Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0422



PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MÉDICA E EMPENHOS**SINAIS VITAIS**

TEMP.		HGT		P.A.
F.C.		F.R.	/	80/40

① Támac 108 + 101 51741

+ 45 DEKA . . .

2. Vipanck 01 20 51

3. Silvano 19 + 10

4. Abraão 100

5. Recife na 51 20

6. Alta

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25266Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25266

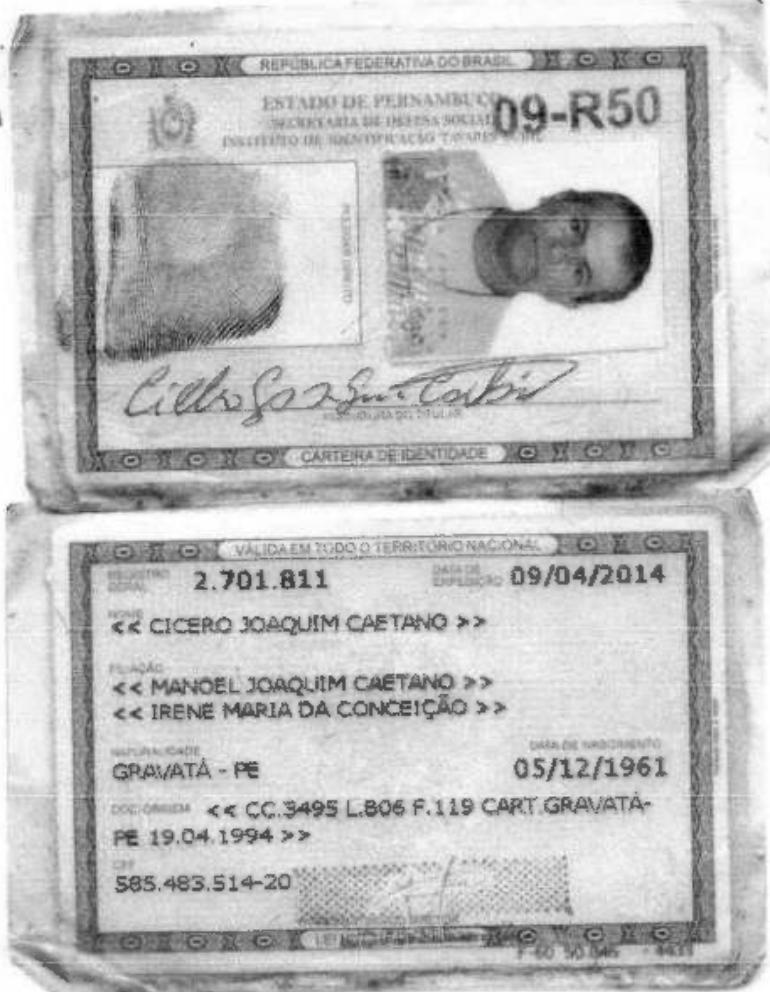
7. SOLICITAR 2000 TAB. 800/100.

8. DIFUSOR

Dr. Lazaro Luis Souza
Médico
CRM-PE 25266**ALTA**HORA:DATACURADO MELHORADO A PEDIDO TRANSFERIDO ADMINISTRATIVO ÓBITO **MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO****FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS**

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrº das Graças – Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423



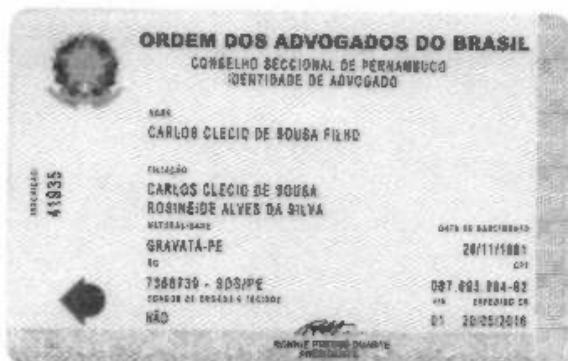


ARUANA SEGUR
24 JUL 2016



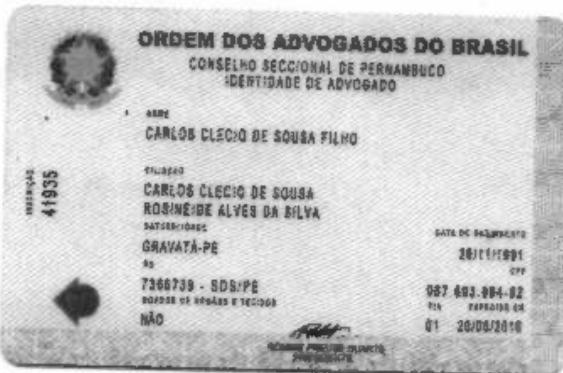
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 25



ARUANA SEGUROS

14 SET 2010





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA CICERO JOAQUIM RASTALO
 DATA DO ACIDENTE 16/03/2018 CPF DA VITIMA 555.403.514-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO CARLOS CLECIO DO SOUSA FILHO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL QUANDO PARANTESCO COM A VITIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DO PIADO, N°25
 Nº 85 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PIADO
 CIDADE GRANADA UF PE CEP 55642-150
 E-MAIL CLEC10322@GMAIL.COM TELEFONE (81) 33291-8785
9-3337-7348

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 555.403.514-20
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO/ENTREGA NA SEGURADORA

DATA 24 JUL 2018
 NOME ARUANA SEGUROS
 ASSINATURA [Assinatura]



REMETENTE:

CARLOS CLÉCIO DE SOUSA FILHO
Rua do Prado, N° 85, Prado, Gravatá/PE.
CEP: 55642-150

RUANA SEGUROS
24 JUL 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339759 **Cidade:** Gravatá
Vítima: CICERO JOAQUIM CAETANO **Data do acidente:** 16/03/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 %

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:





INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO

OUTORANTE: CICERO JOAQUIM CAETANO

Est. Civil: CASADO Prof.: PORTELLO RG nº: 2.701.811 SDS/PE

CPF nº 525.483.514-20 Endereço: RUA JOSÉ RIBEIRO

ALVES, N: 27, EDABH 01, Gravatá/PE.

OUTORADO: O Bel. CARLOS CLÉCIO DE SOUSA FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE nº 41.935D, com escritório nesta cidade e comarca, na Rua do Prado, 85, Prado, CEP 55642-150, Gravatá/PE, com o endereço eletrônico clecio322@gmail.com.

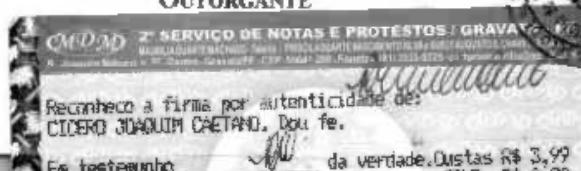
PODERES: Conferindo-lhes os poderes da cláusula *Ad iudicata et extra* para o foro em geral, bem como os especiais para acordar, desistir, transigir, dar quitação, levantar alvarás, podendo perante qualquer órgão público, especialmente no SAMU e em qualquer HOPITAL; requerer, alegar e assinar o que for preciso; juntar e retirar documentos; apresentar e assinar quaisquer guias; requerer certidões, informações e demais autorizações; acompanhar e dar andamento a processos, pedir vistas, cumprir exigências; e tudo mais fazer no patrocínio do interesse do outorgante em juizo ou fora dele, inclusive "*ad-negocia*" e os mais necessários perante qualquer Instância, Foro ou Tribunal, em Juízo ou fora dele, podendo firmar termos de compromisso, acordar, discordar, transigir, recorrer, desistir, declarar insuficiência financeira, propor várias ações e recursos.

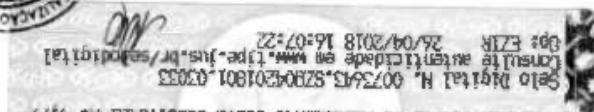
DPVAT: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para o Outorgante.

Gravatá, 26 de Abril de 2018 .



OUTORGANTE





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 31

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0269928/18

Número do Sinistro: 3180339759

Vítima: CICERO JOAQUIM CAETANO

CPF: 585.483.514-20

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/03/2018

Titular do CPF: CICERO JOAQUIM CAETANO

DOCUMENTOS ENTREGUES

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO : 087.693.994-92

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/09/2018
Nome: CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO
CPF: 087.693.994-92

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

CARLOS CLECIO DE SOUSA FILHO

ABENILDA MARIA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 15:54:46
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070815544601800000063178116>
Número do documento: 20070815544601800000063178116

Num. 64371845 - Pág. 32