



Número: **0089898-26.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE HILTON GASPAR GOMES (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65383007	28/07/2020 14:18	ANEXO 1	Outros (Documento)

01/10/2018

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1368369342

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AL. JARDIM DE BARROEILLO EDA VITA
 RECIFE PERNAMBUCO
 CEP: 50050-902
 CNPJ: 10.835.932/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005549-73



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
 COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810156
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria: 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
 do Estado de Pernambuco-ARPE: 5500 727 0067
 Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167
 Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
 na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA	DATA DE VENCIMENTO 27/08/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/08/2018	CONTA CONTRATO 7015716724
ENDEREÇO RUA IPE AMARELO 72 - FLORESTINHA/CARPINA - 55817-120 CARPINA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 203,80	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/08/2018	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 06/07/2018 a 07/08/2018	CONSUMO 212		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 44,94			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		

Desaque aqui

CONTA CONTRATO 7015716724	MÊS/ANO 08/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 203,80	VENCIMENTO 27/08/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
878900000021 038000110075 015716724101 123918142836				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Milton Gaspar Gomes,

RG nº 6.302.803, data de expedição 06/10/2014, Órgão SSP,

CPF nº 201.799.445-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. Senador Faria</u>
Número	<u>1023</u>
Apto / Complemento	<u>AP 01</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Carpina</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55810-000</u>
Telefone de Contato	<u>81 99984-3723</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina 17 de outubro de 2018

Assinatura do Declarante: Jose Milton Gaspar Gomes



51

© 1995 by The McGraw-Hill Companies

DOI: 10.1002/for

7000467930

062018

info@nrc.ca

[Download PDF of the book](#)

12/06/2018

05/07/2018

TOTAL AVAILABLE: 100

(continued)

154 13

Quarterly Earnings	EPS (2010-2011)	EPS (2011-2012)
Q1 2010	0.10	0.10
Q2 2010	0.10	0.10
Q3 2010	0.10	0.10
Q4 2010	0.10	0.10
Q1 2011	0.10	0.10
Q2 2011	0.10	0.10
Q3 2011	0.10	0.10
Q4 2011	0.10	0.10
Q1 2012	0.10	0.10
Q2 2012	0.10	0.10
Q3 2012	0.10	0.10
Q4 2012	0.10	0.10

Year	Population	Area	Population	Area	Population	Area	Population	Area
1990	1,000,000	100,000	1,000,000	100,000	1,000,000	100,000	1,000,000	100,000
2000	1,000,000	100,000	1,000,000	100,000	1,000,000	100,000	1,000,000	100,000
2010	1,000,000	100,000	1,000,000	100,000	1,000,000	100,000	1,000,000	100,000

Figure 1. Bar chart and table showing the percentage of respondents by age group and gender who use various types of mobile phones.

Age Group	Male (%)	Female (%)
18-24	95.00	95.00
25-34	90.00	90.00
35-44	85.00	85.00
45-54	80.00	80.00
55-64	75.00	75.00
65-74	70.00	70.00
75-84	65.00	65.00
85+	60.00	60.00

[illegible]

Sei un dirigente generale
trasformato in "Papa" da 100
milioni di persone. In un
paese dove la televisione
è la prima fonte di
informazione, devi
comunicare in modo
efficace e chiaro.

TABELA 1. Podaci o učesnicima u istraživanju					TABELA 2. Podaci o učesnicima u istraživanju	
Pol	Učesnici u istraživanju	Učesnici u istraživanju	Učesnici u istraživanju	Učesnici u istraživanju	Učesnici u istraživanju	Učesnici u istraživanju
1	10	10	10	10	10	10
2	10	10	10	10	10	10
3	10	10	10	10	10	10
4	10	10	10	10	10	10
5	10	10	10	10	10	10
6	10	10	10	10	10	10
7	10	10	10	10	10	10
8	10	10	10	10	10	10
9	10	10	10	10	10	10
10	10	10	10	10	10	10
11	10	10	10	10	10	10
12	10	10	10	10	10	10
13	10	10	10	10	10	10
14	10	10	10	10	10	10
15	10	10	10	10	10	10
16	10	10	10	10	10	10
17	10	10	10	10	10	10
18	10	10	10	10	10	10
19	10	10	10	10	10	10
20	10	10	10	10	10	10
21	10	10	10	10	10	10
22	10	10	10	10	10	10
23	10	10	10	10	10	10
24	10	10	10	10	10	10
25	10	10	10	10	10	10
26	10	10	10	10	10	10
27	10	10	10	10	10	10
28	10	10	10	10	10	10
29	10	10	10	10	10	10
30	10	10	10	10	10	10
31	10	10	10	10	10	10
32	10	10	10	10	10	10
33	10	10	10	10	10	10
34	10	10	10	10	10	10
35	10	10	10	10	10	10
36	10	10	10	10	10	10
37	10	10	10	10	10	10
38	10	10	10	10	10	10
39	10	10	10	10	10	10
40	10	10	10	10	10	10
41	10	10	10	10	10	10
42	10	10	10	10	10	10
43	10	10	10	10	10	10
44	10	10	10	10	10	10
45	10	10	10	10	10	10
46	10	10	10	10	10	10
47	10	10	10	10	10	10
48	10	10	10	10	10	10
49	10	10	10	10	10	10
50	10	10	10	10	10	10
51	10	10	10	10	10	10
52	10	10	10	10	10	10
53	10	10	10	10	10	10
54	10	10	10	10	10	10
55	10	10	10	10	10	10
56	10	10	10	10	10	10
57	10	10	10	10	10	10
58	10	10	10	10	10	10
59	10	10	10	10	10	10
60	10	10	10	10	10	10
61	10	10	10	10	10	10
62	10	10	10	10	10	10
63	10	10	10	10	10	10
64	10	10	10	10	10	10
65	10	10	10	10	10	10
66	10	10	10	10	10	10
67	10	10	10	10	10	10
68	10	10	10	10	10	10
69	10	10	10	10	10	10
70	10	10	10	10	10	10
71	10	10	10	10	10	10
72	10	10	10	10	10	10
73	10	10	10	10	10	10
74	10	10	10	10	10	10
75	10	10	10	10	10	10
76	10	10	10	10	10	10
77	10	10	10	10	10	10
78	10	10	10	10	10	10
79	10	10	10	10	10	10
80	10	10	10	10	10	10
81	10	10	10	10	10	10
82	10	10	10	10	10	10
83	10	10	10	10	10	10
84	10	10	10	10	10	10
85	10	10	10	10	10	10
86	10	10	10	10	10	10
87	10	10	10	10	10	10
88	10	10	10	10	10	10
89	10	10	10	10	10	10
90	10	10	10	10	10	10
91	10	10	10	10	10	10
92	10	10	10	10	10	10
93	10	10	10	10	10	10
94	10	10	10	10	10	10
95	10	10	10	10	10	10
96	10	10	10	10	10	10
97	10	10	10	10	10	10
98	10	10	10	10	10	10
99	10	10	10	10	10	10
100	10	10	10	10	10	10

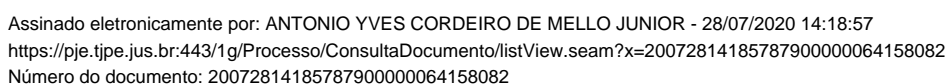
Ref. 1, p. 101
Cite 101

13/03/2018

T. J. VAN DER MEULEN (1982)

154.13

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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:

Jose Hilton Gaspar Gomes

CPF da Vítima

201199445 68

Data do Acidente

10/12/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Como 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 a perícia médica às custas da Seguradora Líder 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.

CONFERE COM
O ORIGINAL

Carimbo 18 de Outubro de 2016
Local e Data

Jose Hilton Gaspar Gomes



Acidente - atropelamento

10/12/16

Nome: José Hilton Gaspar Gomes

Dn. 21.08.1961

Mãe: Luzinete Gomes dos Santos

End: Av. Sariniano José Freire 893

3: Ed. Waldemar Colinho

16:45

16:50

HGT= 201

PA= 120x80

Paciente 56 anos, refere que há cerca de 30 min foi vítima de acidente de bicicleta após colisão com carro. Nega náuseas/vômitos.

No momento consciente, orientado, eupórico apresentando pequena lesão em couro cabeludo Sot O2 98%. Encontro-se alcoolizado.

① SF 0,9% 1000 ml EV

② 4 Volto rem- 01 amp IM (Suspensão)

③ Propofol - 01 amp + 100 ml SF 0,9% EV

④ Observar por 02 horas

⑤ Ao HR 5059 857 - Paciente apresentando
peq. afundamento
do globo ocular.

HR (Neuro)

5059 857

Dr. Celso Fernando F. Almeida
CRM 23373





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

DELEGACIA DE POLICIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45/CIRC DINTER/45ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0135001964



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/06/2018 às 10:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/12/2016 às 16:50

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, AV. JOSÉ OTÁVIO CENTRO CARPINA-PE - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: ESQUINA DA CASA DE LEBRE
Local do Fato: QUADRA ESPORTIVA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE HILTON GASPAR GOMES (VÍTIMA)

CONFERE COM
O ORIGINAL

SAFETY
CORRETORA

23 OUT. 2018

DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO
BICICLETA (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) JOSE HILTON GASPAR GOMES

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

JOSE HILTON GASPAR GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUZINETE GOMES DOS SANTOS Pai: VOLFANO GASPAR DE MELO Data de Nascimento: 24/01/1964 Naturalidade: PROPRIA / SERGIPE / BRASIL Documento: 6302803/SSP/PE (RG) 20178944568 (CPF) Estado Civil: AMACIADO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: VIGILANTE
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARPINA, 993, AV. SEVERIANO JOSÉ FREIRE, 993 BAIRRO DO CAJÁ CARPINA-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a) JOSE HILTON GASPAR GOMES, que estava em posse do(a) Sr(a) JOSE HILTON GASPAR GOMES
Categoria/Marca/Modelo: OUTRA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 UNIDADE/NÃO INFORMADO

VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

07/06/2018 09:58

CONFERE COM
O ORIGINAL



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 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 com 16 ou 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 RS:

CPF da vítima

201799445-68

Nome completo da vítima

João Milton Gaspar Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
João Milton Gaspar Gomes

CPF titular da conta
201799445-68

Profissão

Endereço
Av. Severina Faria

Número

1023

Complemento

Cidade

Cidade

Carapina

Estado

PE

CEP

55810-000

Telefone (DDD)

Outros dados de contato
celular 99999999999999999999

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

RECEIHO INDIENIARI

SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRASILCO (242)

BANCO DO BRASIL (001)

ITALY (843)

☒ **CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)**

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

CEP

AGÊNCIA

1242

Informar dígito verificador

CONTA

Nº

57694

9

Informar dígito verificador

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

Informar dígito verificador

Informar dígito verificador

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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CONFERE COM O ORIGINAL

Carapina 17 de Outubro de 2018

Local e Data

João Milton Gaspar Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante



CAIXA ECONOMICA FIDENCIAL

1242 - CARPINA, PE

DATA: 11/07/2018

TERMINAL: 1800

NAL: 000/51

HORA: 12:22:30

AUT: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 1242/013 00057874 9

NOME: JOSE HILTON GASPAR GOMES

SALDO DISPONIVEL: 165,75

SALDO BLOQUEADO: 0,00

SALDO TOTAL: 165,75

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 8101

Ouvidoria da CAIXA 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Via Cliente





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, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180509434

Vítima: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Data do Acidente: 10/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE HILTON GASPAR GOMES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01429/01430 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14387037



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180509434

Vítima: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Data do Acidente: 10/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE HILTON GASPAR GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13658875

Pag. 00195/00196 - carta_03 - INVALIDEZ

00040088



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Nº Sinistro: 3180509434

Vítima: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Data do Acidente: 10/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180509434**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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.

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

Pag. 00929/00930 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13544797



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Nº Sinistro: 3180509434

Vítima: JOSE HILTON GASPAR GOMES

Data do Acidente: 10/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180509434**.

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 13533806

Pag. 00073/00074 - carta_01 - INVALIDEZ



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0395643/18

Número do Sinistro: 3180509434

Vítima: JOSE HILTON GASPAR GOMES

CPF: 201.799.445-68

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 10/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE HILTON GASPAR GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/11/2018

Nome: SABRINA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HERACLIO

CPF: 102.319.104-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018

Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

CPF: 024.548.534-18

INA PRISCILLA GOMES DE LIMA REZENDE HER/

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180509434 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE HILTON GASPAR GOMES **Data do acidente:** 10/12/2016 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE HILTON GASTÃO GOMES.
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão VIGILANTE,
residente e domiciliado à Rua SEVERINO FARIAS,
nº 1023A Bairro CENTRO Município de CARPINA
estado de PE CEP 55810-000 portador(a) do RG Nº
6302803 e CPF Nº 201.799.445-68

OUTORGADO: Sabrina Priscilla Gomes de Lima Rezende Heráclio, brasileira, solteira, profissão
me recuso, residente e domiciliado na Rua Ipê Amarelo nº72, Bairro de Florestinha, município
de Carpina, Estado de Pernambuco, CEP 55817-120, portador do RG. 7.852.057 SDS/PE e CPF Nº
102.319.104-01.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) seu
bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora do
Consortio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a)
Sr(a)

ocorrido em 1/1 conforme registrado em BO anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorização de
pagamento/ crédito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
indenização de sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos, e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel
cumprimento do presente mandato.

CARPINA-PE, 11 de julho de 2018

Jose Hilton Gastão Gomes

OUTORGANTE

CPF Nº _____

CONFERE COM
O ORIGINAL

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CARPINA/PE - TABELIONATO

Procuração, Registro de Imóveis, Matrículas, Testes e Documentos Particulares e Pessoas Jurídicas
Av. Congresso Constituinte Independência, 126 - Fone/Fax: (51) 3521.0410 - Carpina/PE - cartorio.carpina@bbj.com.br

JOSE MANOEL DA SILVA FILHO

Oficial

Reconheço, Por Autenticidade a firma: JOSE HILTON GASTÃO
GOMES, lançada em minha presença dou fé. CARPINA/PE
11/06/2018 15:10:24. Emol:3,99; TSNR: 0,80; FERC:0,40; Total:
4,79. Selo nº 0074807.YET05201801.03148. Consulte
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital. Marcia Michele
Galdino da Silva, Tabelião







CARPINA 20 DE NOVEMBRO DE 2018

A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS SEGURO DPVAT

SETOR ADMINISTRATIVO

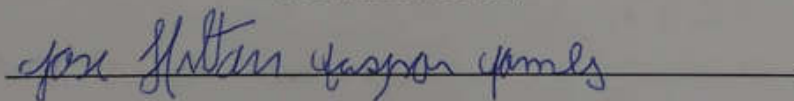
VITIMA: JOSE HILTON GASPAR GOMES

SINISTRO: 3180/509434

Venho por meio desta comunicar a esta seguradora que toda documentação já esta anexada ao processo incluindo 1º Atendimento da Unidade Mista de Carpina, sendo transferido para o Hospital da Restauração como consta na Ficha de Esclarecimento, todas essas documentações já foram encaminhadas, mesmo assim estou encaminhando os exames de imagem. Peço então que libere minha pericia para comprovar a minha seqüela e assim concluir o processo, se necessário podem fazer auditoria para confirmar o fato e as seqüelas, caso não tenha nenhuma resposta positiva estarei entrando com pedido judicial.

Agradeço desde já pela sua compreensão.

Atenciosamente,



JOSE HILTON GASPAR GOMES

CPF. 201.799.445-68

FONE: (81) 99984-3723/ (81) 99209-8154

Scanned by CamScanner



Acidente - atropelamento

10/12/16

Nome: José Ailton Gomes Gomes

Data: 08/1961

Mãe: Luzinete Gomes dos Santos

End: Av. Senador José Freire 4993

3: Cda. Waldemar Estrela

Cofre - Cofre

16:45

16:50

HGT = 201

PA = 120x80

Paciente 56 anos, refere que há cerca de 30 mm foi vítima de acidente de bicicleta após colisão com carro. Nega traumatismos.

No momento consciente, orientado, suprimido apresentando pequena dor em região lateral do abdômen. Encontra-se desidratado.

- ① SF 0,9% 1000 ml EV
- ② 400 ml rem. 01 amp M (Suspenso)
- ③ Papanol - 01 amp + 100 ml SF 0,9% EV
- ④ Ultrassom por Ultrassom
- ⑤ Gc HR 5059 857 - Paciente apresentando
peq. afundamento
da bolota crânica.

Dr. Celso Fernando F. Almeida
CRM 23373

HR (Neuro)

5059857





CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

Especialidades Médicas

Angiologia / Cirurgias Vascular

Clínico Geral

Cardiologia

Dermatologia / Cosmiatria

Endocrinologia

Fonoaudiologia

Gastroenterologia

Ginecologia

Ginecologia / Peniscopia

Ginecologia / Obstetrícia

Mastologia

Neurologia

Otorrinolaringologia

Ortopedia / Traumatologista

Pediatria

Pneumologia

Psicóloga

Reumatologia

Urologia

RECEITUÁRIO

Paciente:

João Henrique Silva

*Solo 10%
do faturamento
em nome do
Oeste 10%*

*1e Rm
e 1e Jem*

Carpina, ____ / ____ / ____

*Dr. José Francisco Vasconcelos
Clínica Médica - Roumologia
CRM 0454 - CPT 187.684.204-15*

- Médico -

BR 408 - Km 50 - Bairro Novo - Carpina - PE / E-mail: cdrcontinho@yahoo.com.br - CEP: 55819-320 - Fone (81)3622.3500



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcontinho@yahoo.com

Scanned by CamScanner



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE. - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcontinho@yahoo.com

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 14:18:57
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072814185787900000064158082>
Número do documento: 20072814185787900000064158082

Num. 65383007 - Pág. 24



408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcontinho@yahoo.com

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 14:18:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072814185787900000064158082>
 Número do documento: 20072814185787900000064158082

Num. 65383007 - Pág. 25

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE. - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com

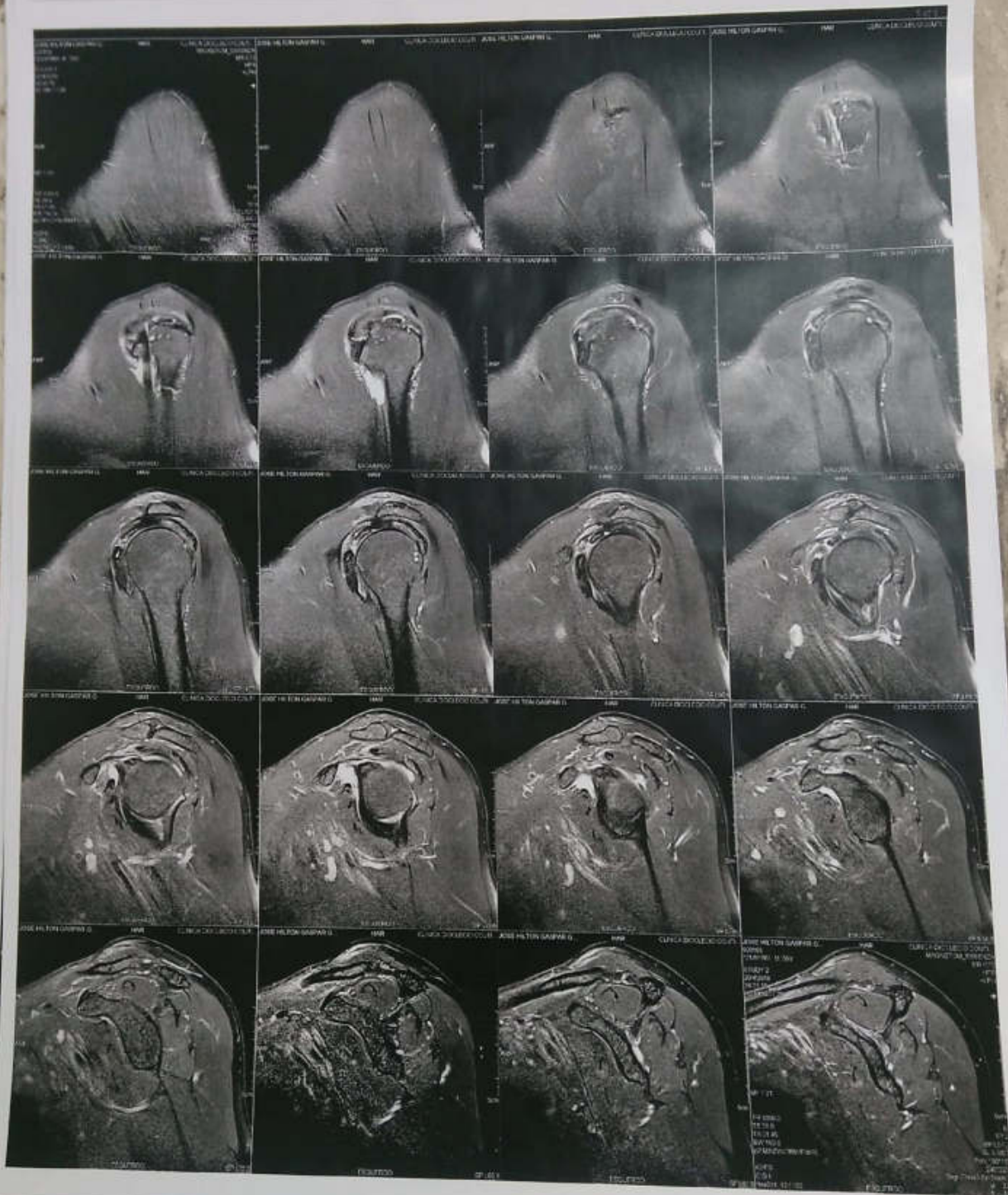
Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 14:18:57
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072814185787900000064158082>
Número do documento: 20072814185787900000064158082

Num. 65383007 - Pág. 26

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



BR-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com.br

Scanned by CamScanner



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



R-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE. - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com.br

Scanned by CamScanner



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



R-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcontinho@yahoo.com

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 14:18:57
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072814185787900000064158082>
 Número do documento: 20072814185787900000064158082

Num. 65383007 - Pág. 29

CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

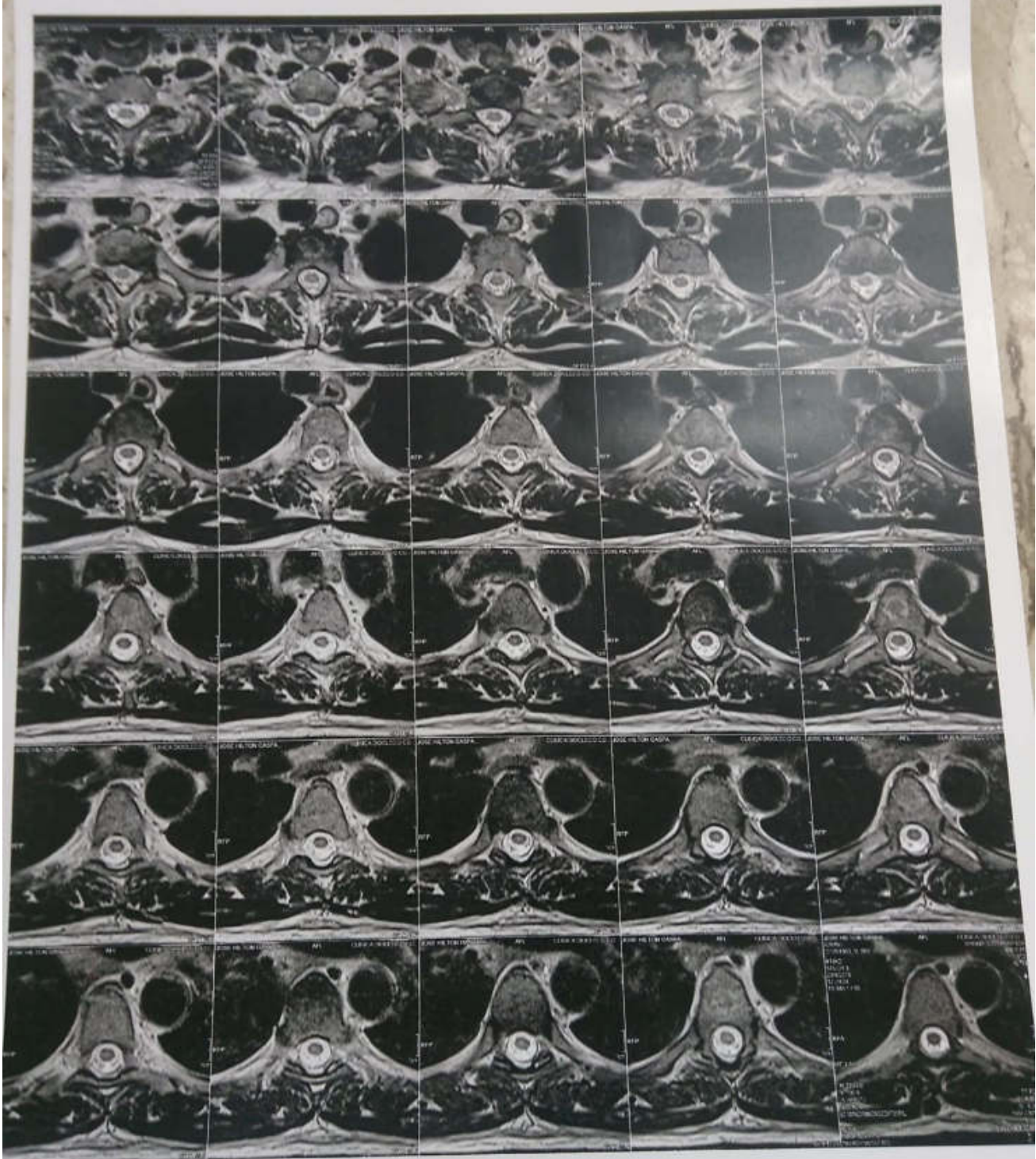


408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com.br

Scanned by CamScanner



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



R-408 - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE. - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdrcoutinho@yahoo.com

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/07/2020 14:18:57
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072814185787900000064158082>
Número do documento: 20072814185787900000064158082

Num. 65383007 - Pág. 31

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1208283
Nome: José Hiltem Gaspar Gomes
Foi atendido às _____ hs. do dia 10, 12, 16
Diagnóstico Provável: 1- TCE
2- HSDA (amniotia) +
+ fratura proximal + HSDA traumática
ID 10 = S06

Plante em observação
Tratamento Realizado: suplementar medicamentosa
na unidade de trauma - pela
equipe de urgência
ELG - HP (Sociedade RTH+) Para
com o suporte médico adequado
em indicação cirúrgica de
momento. Tem condições
para transporte caso necessário
transporte para o hospital
de convênio.

Cópia de _____

11/12/16
Renate Monteiro
Médica - CRM 20115
Natalândia CRM 20115

Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód 0086



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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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, resgates, extirpar e identificar as práticas suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Selma Frazzetta de Almeida Mendes inscrito (a) no CPF/CNPJ 102.319.10-4 / 01,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário: Jose Milton Gaspar Gomes inscrito
(a) no CPF sob o N° 201.399.44-3 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da vítima
Jose Milton Gaspar Gomes, inscrito (a) no CPF sob o N° 201.399.44-3 / 68, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios;

☒ 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 1º de Maio</u>		Número <u>72</u>	Complemento _____
Bairro <u>Flouristinha</u>	Cidade <u>Carpina</u>	Estado <u>PE</u>	CPF _____
E-mail <u>selmafrassetta@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) _____ <u>81 99984-3123</u>

Carpina, 17 de outubro de 2018
Local e Data

Selma Frazzetta de Almeida Mendes
Assinatura do Declarante



DL 08L 001 V001/2017

