



Número: **0000263-88.2019.8.17.3050**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Panelas**

Última distribuição : **23/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE WILLIAM DOS SANTOS (AUTOR)	SILVIA LAIS DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65603 800	31/07/2020 14:52	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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 Rosmene Fernanaria da Silveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.462.994 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José William dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.108.884 / 31, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima José William dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.108.884 / 31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso inf. Renda: recuso inf. e apresento os documentos comprobatórios:

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 Santa Maria da Boa Vista</u>	<u>700</u>	<u>case</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Jardim Panorama</u>	<u>Caruaru</u>	<u>PE</u>	<u>55038-180</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>rose_mere208@yahoo.com.br</u>	<u>181 99215 1674</u>	<u>181 9 9616-4678</u>	

Caruaru PE 23 de Novembro de 2018

Local e Data



Rosmene Fernanaria da Silveira

Assinatura do Declarante

RL.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo de Sóbral,

RG nº 5-553.079, data de expedição 27/03/2012

Órgão _____, portador do CPF nº 025.866.704-42, com
domicílio na cidade de Parelhas, no Estado de
PE,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua de Engez, nº 17,

complemento Louza, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José William dos Santos cujo o condutor era José William dos Santos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 150 TITAN ICS

Ano: 2009 / 2009

Placa: KJS 473

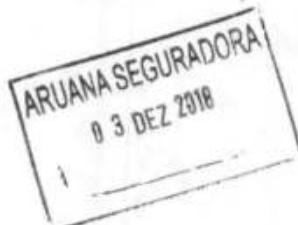
Chassi: GC2KE15409R026317

Data do Acidente: 19.08.2018

Local e Data: Jurema PE - 19.09.2018

*Paulo de Sóbral

Assinatura do Declarante



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

PE CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RG, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Rua Jandira de Lusana, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 58480-000 - Fone: (87) 8812-3694
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituto: Edilma Maria da Silva

Reconheço minhas Firma(s):	<< POR AUTENTICIDADE >>
<< PAULO DE SÓBRAL >>	
<< >>	
SELO N°:	0152439.WMRD620180104266
Dou fé: Jurema (PE) 19/09/2018	Em testemunho
Emolumentos: R\$ 3,45	Verdade
TFRN: R\$ 0,75	
FERC: R\$ 0,32	
Total: R\$ 4,56	

Consulte Aquecimento em: [www.tjej.jus.br/seadigital](http://pje.tjej.jus.br/seadigital)

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.
Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabeliã Substituta
Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabeliã

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ: 08.775.273/0001-10
Rua Jandira Corrêa de Lusana, nº 11 - Jurema - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
PROTESTOS, DOCUMENTOS E ANEXOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS,
PROTESTOS, DOCUMENTOS E ANEXOS,
NOTIFICAÇÃO PELA ATO Nº 1655 DA
ESTRADA DO INSTITUCIONAL Nº 22/07
03/07/2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo de Sóbral,

RG nº 5-553.079, data de expedição 27/03/2012

Órgão _____, portador do CPF nº 025.866.704-42, com
domicílio na cidade de Parelhas, no Estado de
PE,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua de Engez, nº 17,

complemento Louza, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José William dos Santos cujo o condutor era José William dos Santos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG 150 TITAN ICS

Ano: 2009 / 2009

Placa: KJS 473

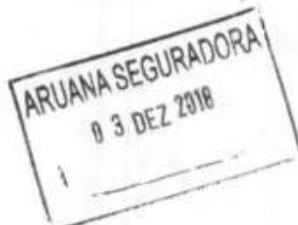
Chassi: GC2KE15409R026317

Data do Acidente: 19.08.2018

Local e Data: Jurema PE - 19.09.2018

*Paulo de Sóbral

Assinatura do Declarante



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

PE CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RG, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Rua Jandira de Lusana, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 58480-000 - Fone: (87) 8812-3694
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituto: Edilma Maria da Silva

Reconheço minhas Firma(s):	<< POR AUTENTICIDADE >>
<< PAULO DE SÓBRAL >>	
<< >>	
SELO N°:	0152439.WMRD620180104266
Dou fé: Jurema (PE) 19/09/2018	Em testemunho
Emolumentos:	R\$ 3,45
TFRN:	R\$ 0,75
FERC:	R\$ 0,32
Total:	R\$ 4,52

Consulte Aquecimento em: [www.tpe.tjei.jus.br/seadigital](http://tpe.tjei.jus.br/seadigital)

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.
Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabeliã Substituta
Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabeliã

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ: 08.775.273/0001-10
Rua Jandira Corrêa de Lusana, nº 11 - Jurema - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
PROTESTOS, DOCUMENTOS E ANEXOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS,
PROTESTOS, DOCUMENTOS E ANEXOS,
NOTIFICAÇÃO PELA ATO Nº 1655 DA
ESTRADA DO INSTITUCIONAL Nº 22/07
03/07/2018





Receituário



Wando Mídia

José Willom dos Santos, 31 anos, ditado
vítima de acidente de moto quando
recebeu três colisões em Quemados.
atendimento no local pelo SAMU, com
encaminhamento do paciente para Pará
Hospital regional do Agreste em 13/08/2018
Diagnóstico de fratura de punhos
direitos. Transferido para o hospital
federal Pernambuco (Beira) com realização
de cirurgia em 23/08/2018 com es-
cavação de ossos e parafusos, com
fechamento com placas e mola, com
alto em 24/08/18. Puis com malha
de sintese 03 parafusos e placas.
O paciente cecotriz de 07cm em face ante
junto de anellos abertos
recebeu alto de mola separada femoral

Consulte a padronização de
medicamentos do seu hospital

CID: 562
Caruaru 24/08/18

Dra. Márcia Virginia
Medica
CRM - 11016

Rua Artur Antônio da Cunha, 1000 - Centro
Fone: 81 2103.8600 Cep: 55.010-445 - Caruaru - PE
HUCEN/PE 069 10007 220





NOME: JOSÉ WILLIAM DOS SANTOS

REGISTRO: 120960

DATA DA CIRURGIA: 23/08/2018 ALTA: 24/08

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PUNHO

TRATAMENTO: PLACA + PARAFUSOS

DATA RETORNO:

1 REVISÃO: 13/09 07:00 h manhã

2 REVISÃO

3 REVISÃO

4 REVISÃO

Obs:

J. Felipe Guedes
CRM-PB 7451
CRM-PB 21025



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-01
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento:	512179	Data:	22/08/2018	Hora:	22:01	Recepç.:	ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA		
Convênio:	SES- ORTOPEDIA					Matrícula:	898004505258264		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DRA. FERNANDA CECILE RODRIGUES DA COSTA					Cartão SUS:	898004505258264		
Paciente:	120960 JOSE WILLIAM DOS SANTOS					Sexo:	MASCULINO		Cor:
Nascimento:	03/02/1987 - 31 Anos e 6 Meses					Est. Civil:			
Endereço:	RUA CEL MELINHO,					C.P.F.	07410888431		
Bairro:	CRUZES					Identidade:	7358937 SSP PE		
IBGE/Cidade:	2610202 PANELAS UF: PE					Telefone:	81.82126228		
Pai:	AURELIANO XAVIER DOS SANTOS					G.Instrução:			
Mãe:	MARLENE XAVIER DOS SANTOS					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:			

Obs.: SENHA ORTOPEDICA 480723

Queixa do Paciente:

Paciente com intumescimento no momento

H.D.A.:

Exame Físico:

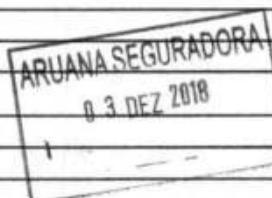
E GBm, paciente com edema.

H.D.:

① Fratura de rodízio à direita

Tratamento:

① Procedimento cirurgico



Bezerros, 22 de agosto de 2018

Dra. Marlene Soares
CRM-PE 27006

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento

Original Bezerros P.

Hospital Jesus Pequenino

2010/18
ANALISE SOBRE
ASSISTENTE 4.411

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNACÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-01
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 512179 Data: 22/08/2018 Hora: 22:01 Recep.: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA
 Convênio: SES- ORTOPEDIA Matrícula: 898004505258264
 Responsável:
 Médico: DRA. FERNANDA CECILE RODRIGUES DA COSTA Identidade:
 Cartão SUS: 898004505258264

Paciente:	120960 JOSE WILLIAM DOS SANTOS	Sexo:	MASCULINO	Cor:
Nascimento:	03/02/1987 - 31 Anos e 6 Meses	Est. Civil:		
Endereço:	RUA CEL MELINHO,	C.P.F.	07410888431	
Bairro:	CRUZES	Identidade:	7358937	SSP
IBGE/Cidade:	2610202 PANELAS	UF:	PE	PE
Pai:	AURELIANO XAVIER DOS SANTOS	Telefone:	81.82126228	
Mãe:	MARLENE XAVIERDOS SANTOS	G.Instrução:		
Nacionalidade:	BRASIL	Ocupação:		
		Naturalidade:		

Repcionista:

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar	Data: <u>24/08/2018</u>
Médico: _____	
 Dr. Felipe Guedes Ortopedista CRM: 21025	
<hr/> Assinatura / CRM	

Observação

Transferência Hospitalar Data: ____/____/_____
Médico: _____

Diagnósticos	
Diagnóstico Provisório:	_____

Diagnóstico Definitivo:	_____

Óbito Data: ___/___/___
Médico: _____

Diagnóstico Secundário:	<u>ARUANA SEGURADORA</u>
	<u>03 DEZ 2018</u>

Conferido Com Documento

Original Bezeichnung

Hospital Jesus Pionero

Hospital Jesus Pequeno

100

Ана Амонт

Ana Amorim
Assessante Social
CRESS/PE 4.471





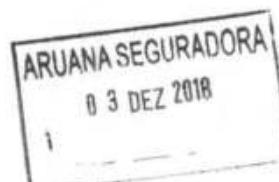
RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE JOSÉ WILLIAM DOS SANTOS CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO 120960
CIRURGÃO JOSÉ FELIPE GUEDES	
ANESTESIA BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	ANESTESISTA DR ADERLANDRO
DATA DA OPERAÇÃO 23/08/2018	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA METAFISE DISTAL DO ANTEBRAÇO DIREITO + REPARO DE LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO DIREITO + NEUROLISE DO MEDIANO + TENOLISE DOS FLEXORES + DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
<ol style="list-style-type: none">1. PACIENTE EM DECUBITO LATERAL SOB ANESTESIA2. ASSEPSIA + ANTSEPSIA + APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS3. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTO EM ANTEBRAÇO4. INCISAO VOLAR PARA ACESSO AO RÁDIO5. DIVULSAO POR PLANOS6. NEUROLISE DO MEDIANO7. TENOLISE DOS FLEXORES8. REDUCAO DE FRATURA9. FIXACAO COM PLACA E PARAFUSOS10. REPARO DE LESAO LIGAMENTAR DE PUNHO11. LAVAGEM COM SF0,9%12. SUTURA POR PLANOS13. CURATIVO	

Conferido Com Documento
Original Bezerros Re
30/10/18
Hospital Jesus Pequenino
04/06.

Ana Amorim
Assessora de Socorro
CRESS/PE 4.471

José Felipe Guedes
CRM-PB 7451
CRM-PE 21025

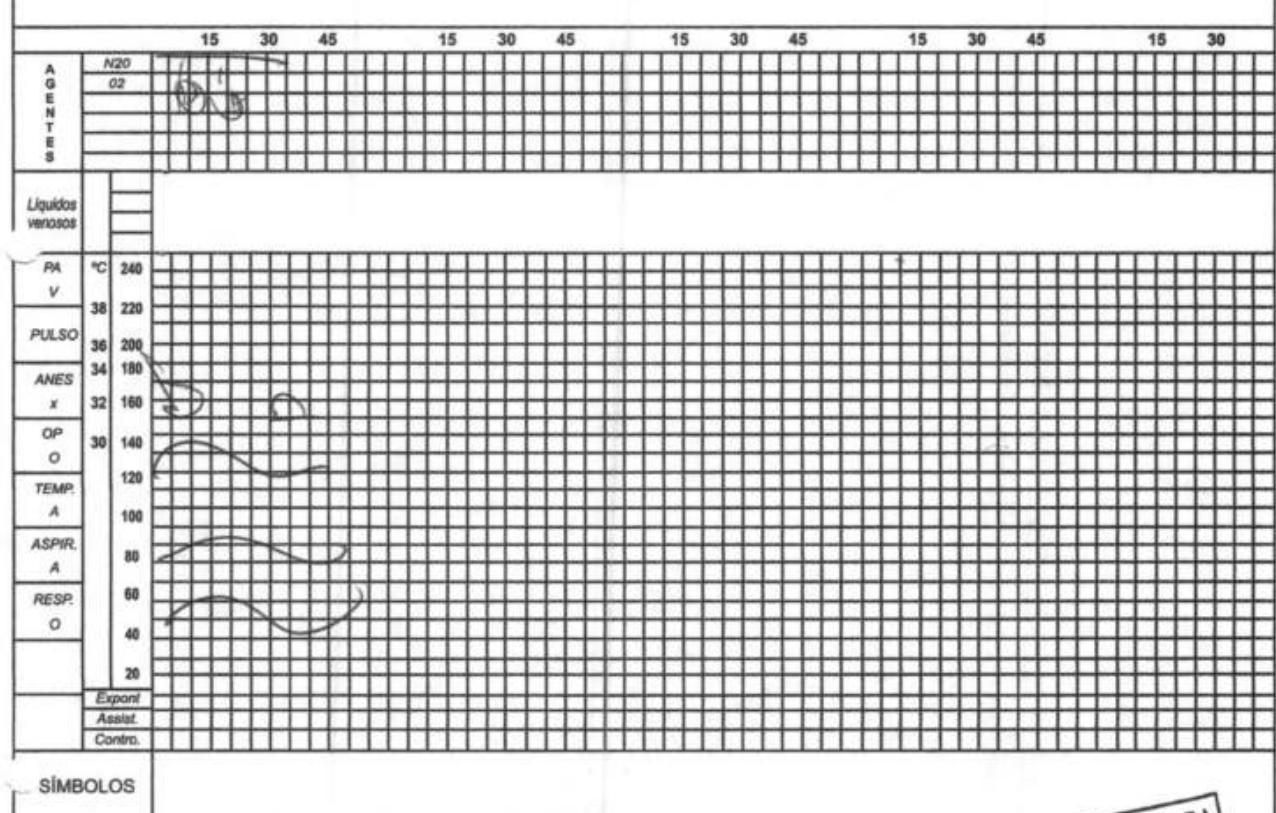


FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
 Data 23/08/18

Anestesia:	Bloco de flexo fraga		NB
Nome:	José William da Silva	Nº do Registro	Nº na Clínica:
Clinica:	Quarto:	Leito:	Idade:
Operador:	Assist.:	Anestesista: Dr. Felipe	
Diag. Preop.:	Diag. Posop.:	O n/a	
Op. Proposta:	Op. Realizada:	A n/a	
Premeditação:	Hora:	Resultado:	(MO 1-2-3) (AO 1-2-3)
			Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A.		Bloco de flexo fraga	 Conferido Com Documento Original Bezerros PE Hospital Jesus Pequenino Ana Amorim Assessante Social CRMF 4.471 300618 05/10/2018
B.			
C.			
D.			
E.			
F.			
G.			
LÍQUIDOS	Mabel	CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	
Tempo de Anestesia			
TOTAL			
OPERAÇÃO:		Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "BUCKING" - Vomito	Hemorragia Arritmia Bradí - Taquicardia - Choque
ANESTESISTA: Dr. Adiliano F. Oliveira Médico CRMPE - 19985		CIRURGÃO: Dr. Felipe Guedes Ortopedista CRM: 2102	PERDA SANGUÍNEA:





MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: José William dos Santos Registro N°. 12096c
 Aptº. _____ Enfermaria: _____ Data: 23/08/18
 Cirurgia: Fract de Radice distal Cirurgião: Dr. Felipe
 Anestesia: Bloqueio de pleno Anestesista: Dr. Adelando
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	03 amp			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	01 amp			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepam				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil				Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico 500ml 1.000 ml			
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a	01 amp		
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemaccel				Xylocaina Spray			
Inoval				Jipiranga 02			
Keflin 1g	01 amp						
Ketalar							
Lasix							
Methergin							
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a	01 amp						

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

Conferido com Documento

Original Reverso P. 30/10/18

Hospital Jesus Pequenino

DR. RY. 06/08

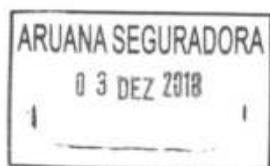
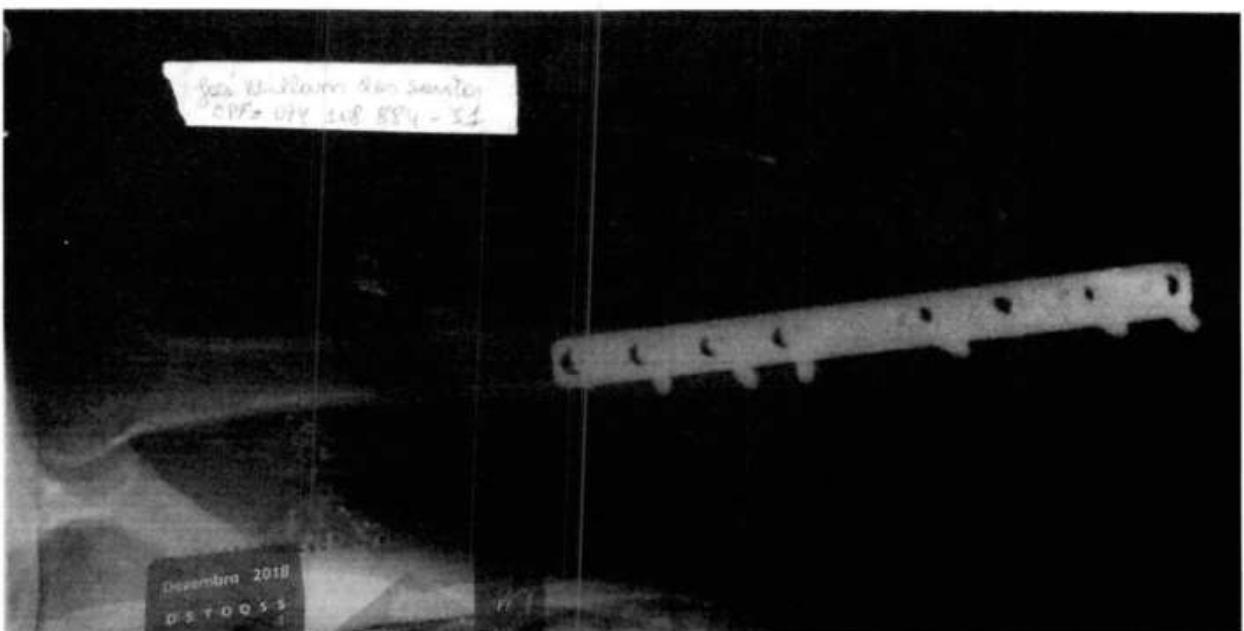
Ana Amorim
1.550.000,00
1.550.000,00
PESPE 4.471



Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbccath T20 + 20	06	Unid		Urofix			
Akulha Desc. 25x7	04	Unid		Vaselina Bisnaga			
Akulha Gengival 10x40	02			FIOS			
Akulha Raque plexo	01						
Akulha Sutura monofil	04	l					
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico				CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe				CatGut Crom c/a	2.0	01	Unid
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica 105 pct				Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon			
Dreno Penrose				Mononylon	11.90	01	Unid
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Espadrado	12			Polycot			
Espadrado Anti-alérgico				Seda			
Espadrado Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	05	pct		LÍQUIDOS			
Gase Furacionada							
Gelfoan				Água Oxigenada	50		
H. Kuntscher				Álcool Simples	50		
Intracath 7,5	04			Álcool Iodado			
Luva Descartável 300	06	Pare		Éter			
Luva Comum m	04	l		Formol			
Lâmina Bisturi/V				Gerpol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204				Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman				clorfenitrol 200 ml			
Pr. S. Petersen				OXIGÊNIO 72			
Par. Sherman				oxigênio de pulso 72			
Pino Stelman				Das... ás			
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc	01	Unid					
Seringa 05 cc	01	l					
Seringa 10 cc	03	l					
Seringa 20 cc				TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc				Aspirador			
Seringa Vidro 20 cc				Artroscopia			
Seringa de 01 cc				Bisturi Elétrico			
Sonda Estom n°				Desfibrilador			
Sonda Levine n°				Monitor			
Sonda Uretral n°				Touca	05		
Sonda Foley n°				máscaras	05		
Sonda "3v n°				pres - pi	10		
Sonda p/ O2	01	Unid		excepcionalmente	06		

ARUANA SEGURADORA





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/07/2020 14:52:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073114522323800000064371211>
Número do documento: 20073114522323800000064371211

Num. 65603800 - Pág. 13



ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José William dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 17/08/18 CPF DA VÍTIMA 07410888431
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rosimere Ferreira
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Santa Monica, nº 700 Bairro Jardim Panorama
 COMPLEMENTO UF PR CEP 55038-180
 CIDADE Curitiba TELEFONE (41) 992951674
 E-MAIL

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- UNA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI 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)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (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) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI 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)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LBI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O 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 FÔRUMÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA:

DATA 08/12/18

IDENTIDADE

ASSINATURA Rosimere F. da Silva

RESPONSÁVEL PELO CADASTRO DA VÍTIMA NA SEGURADORA

DATA

NOME Rosimere F. da Silva

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567424 **Cidade:** Jurema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILLIAM DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180567424 **Cidade:** Jurema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE WILLIAM DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RGJ, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Endereço: Jurema, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 55480-000 - Fone: (87) 8817-5694
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituto: Edilma Maria da Silva

ALDO SOUTO DE SOUZA FERRAZ
AUTENTICO DE SEUS FIRMAS:
JOSE WILLIAM DOS SANTOS >>
SELO N°: 0152409/RGJD/20180104295
SELO N°:
Data: 16/09/2018 Em testemunha:
Enunciado: *(Assinatura)* *(Assinatura)*
Tabelião: *(Assinatura)* *(Assinatura)*
FERC: *(Assinatura)* *(Assinatura)*
Total: *(Assinatura)* *(Assinatura)*

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br

PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO

CNPJ: 08.775.273/0001-10

Rua Jandira Correia de Lucena, nº 11 - Jurema - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, PROTESTOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.

PROCLAMAÇÃO PELO ATO N° 1656 DA
EMENDA CONSTITUCIONAL N° 22 DE
29 DE JULHO DE 1982.

OUTORGANTE (vítima/beneficiário):

Nome: José William dos Santos
 Identidade: 7358.937 CPF: 074.108.884-31
 Est. Civil: Solteiro Profissão: Aldeano
 Endereço: Rua Cel. Melo e Souza Nº 93
 Bairro: Zona Rural de Cruzes
 Cidade: Parelhas UF: PE.

OUTORGADO (procurador):

Nome: Rosimere Fernandes da Silva
 Identidade: 6274229 CPF: 628.462.994-04
 Est. Civil: Solteira Profissão: Aldeana
 Endereço: Rua Santa Maria da Boa Vista Nº 700
 Bairro: Jardim Panorama
 Cidade: Parelhas UF: PE.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu **bastante procurador e outorgado acima qualificado**, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de Indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT da vítima José William dos Santos.

Jurema PE. , 19 de setembro de 2018
 Local e Data:



José William dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE (vítima/beneficiário)
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Este documento deve ser preenchido corretamente, não podendo haver rasuras ou aplicação de corretivo.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436130/18

Vítima: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

CPF: 074.108.884-31

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/08/2018

Titular do CPF: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA : 628.462.994-04

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

JOSE WILLIAM DOS SANTOS : 074.108.884-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/12/2018
Nome: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA
CPF: 628.462.994-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

ABENILDA MARIA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/07/2020 14:52:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073114522323800000064371211>
Número do documento: 20073114522323800000064371211

Num. 65603800 - Pág. 19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CPF / CNPJ	COO. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	025.666.704-42	129394769		2015
NOME PAULO DE SOBRAL				
PANELAS-PE				
ESPECIE TIPO	PLACA			
PAS /MOTOCICLETA/	KJ34773			
MARCA / MODELO	CHASSI			
HONDA/CG 150 TITAN KS	SC2KC15109R026317			
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COMBUSTIVEL		
29/149CL	PARTIC	GASOLINA		
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENO / COTAS		
I FVA 2015 QUITADO		1 ^a		
V FAIXA LIVRA	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^a		
A 1		3 ^a		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
SEGURADO PAGO				
PRÉMIO OBIGATÓRIO				
SEM RESERVA				
ESTO DE PORTE OBRIGATÓRIO				
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA				
Local: DATA: 04/03/15				
PANELAS Charles Andreu Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE				

CONTRAN

PE N° 011713195067 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PAULO DE SOBRAL

TRAVESSA CORONEL MELINHO 17 55470-000

CASA CRUZES PANELAS-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	RENAVAM	MARCA / MODELO	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
1	025.666.704-42	129394769	HONDA/CG 150 TITAN KS	2015	04/03/15	
ANO FAB.	CAL TAB.	NP CHASSI				
2009	09	SC2KC15109R026317				
PRÉMIO TARIFÁRIO						
FINS (R\$)	DETAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)				
SEGURADO PAGO		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)			
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO				
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO					

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.666/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAKE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATÓRIO.





ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/07/2020 14:52:23
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073114522323800000064371211>
Número do documento: 20073114522323800000064371211

Num. 65603800 - Pág. 21



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180567424
Vítima: JOSE WILLIAM DOS SANTOS
Data do Acidente: 19/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSEMERE FORMOSINA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180567424**.

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 13673622

Pag. 00523/00524 - carta_01 - INVALIDEZ

00020262



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/07/2020 14:52:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073114522323800000064371211>
Número do documento: 20073114522323800000064371211

Num. 65603800 - Pág. 22



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	074.108.884-31	José William dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	José William dos Santos		
Profissão:	Endereço:	CPF:	074.108.884-31
Estudante	Rua Cel. Melínia	Número:	93
Bairro:	Cidade:	Complemento:	Panelas
Frederes	Panelas	CEP:	55470-000
E-mail:	Tel.(DDD): 1831-99215-1674		
josé-menezez2008@yahoo.com.br			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 2388 CONTA: 18.259 Dígito: 1
 (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.

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 discorde do seu conteúdo.

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víeuvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima/beneficiário alfabetizada
 Local e Data: Panecas, 03/12/18
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

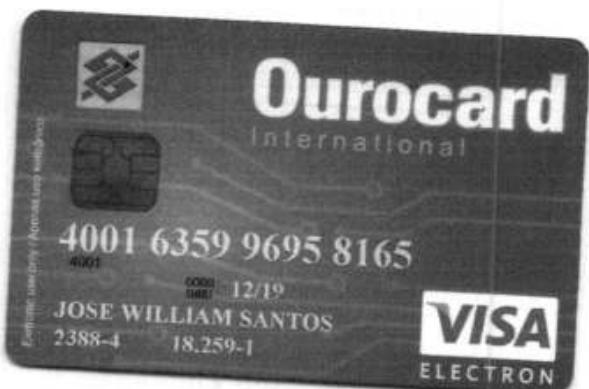
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

1 V001/2018

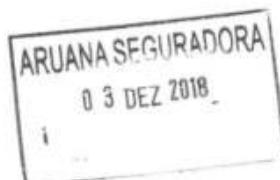




6 2388-4 - 18.259-1

PanPanesa

Banco do Brasil





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 146ª CIRCUNSCRIÇÃO - JUREMA - DP146 CIRC DINTER 146 DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0236000246

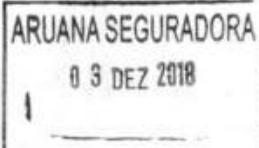
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2018** às **10:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JUREMA, 1, VIA PÚBLICA** - Bairro: **QUEIMADAS - JUREMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE WILLIAN DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE WILLIAN DOS SANTOS**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLENE XAVIER DOS SANTOS** Pai: **AURELIANO XAVIER DOS SANTOS** Data de Nascimento: **3/2/1987** Naturalidade: **PANELAS / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PANELAS, 61, RUA CORONEL MELINHO - CEP: - Bairro: - PANELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTO HONDA CG 150CC (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE WILLIAN DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **3000,00 (REAL)**

Placa: **KJB4773 (PERNAMBUCO/PANELAS)** Renavam: **129394769** Chassi: **9C2KC15109R026317**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

'ARECEU A ESTE DEPARTAMENTO DE POLÍCIA O QUEIXOSO INFORMANDO SOBRE O ACIDENTE EM VEÍCULO MOTOR, OCORRIDO PRÓXIMO A BARRAGEM DOS ALMEIDAS. SEGUNDO O QUEIXOSO A REFERIDA BARRAGEM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/07/2020 14:52:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073114522323800000064371211>
Número do documento: 20073114522323800000064371211

Num. 65603800 - Pág. 25

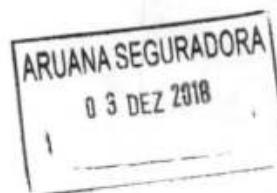
VERGEMERIO DE SOUZA VASCONCELOS - DELEGADO

FICA PRÓXIMO AO Povoado de QUEIMADAS DE JUREMA, QUE O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL MUNICIPAL SANTA QUITÉRIA, EM JUREMA/PE.

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

**JOSÉ WILLIAN DOS SANTOS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **EDUARDO FRANKLIN SOARES DE MOARAIS SILVA** - Matricula: 3919404





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	074.108.884-31	José William dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	José William dos Santos		
Profissão:	Endereço:	CPF:	074.108.884-31
Estudante	Rua Cel. Melínia	Número:	93
Bairro:	Cidade:	Complemento:	Panelas
Frederes	Panelas	CEP:	55470-000
E-mail:	Tel.(DDD): 1831-99215-1674		
josé-menezez2008@yahoo.com.br			

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

DADOS CADASTRAIS			
RENDIMENTO MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<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"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
AGÊNCIA: 2388	CONTA: 18.259	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 discorde do seu conteúdo.

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víeuvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima/beneficiário alfabetizada
Local e Data: Panecas, 03/12/18
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

1 V001/2018



CÓPIA COLORIDA

FICHA DE ATENDIMENTO

Prontuário: 000023452

DATA: 19/08/2018	HORA: 17:59	Criado por VALDIRENE em 19/08/2018 18:02
NOME: JOSE WILA DOS SANTOS		PROFISSÃO: AGRICULTOR
DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1987		IDADE: 31
SEXO: Masculino		COR: Parda
CARTÃO DO SUS:		ESTADO CIVIL: Casado(a)
ENDEREÇO: RUA CORONEL MELINO 51		RG:
CIDADE: PANELAS		CEP: 55470-000
MÃE: MARLENE XAVIER DOS SANTOS		BAIRRO: CRUZES
ACOMPANHANTE: PRIMO		
MÉDICO PLANTONISTA: DR °		
QUEIXAS PRINCIPAIS/HDA		
Pt - alcoolizado, queda de moto hor: 30m - + Neurais <u>Nega = Dointo e sincopal, não perde uso cognitivo</u>		

PRESSÃO ARTERIAL: 110X70	TEMPERATURA:	
PESO:	PULSO:	HGT:
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">  <p>SELLO N°: 0152439_VP009201801.00197 AUTENTICADO Em 01/09/2018 FERNANDA VIEIRA TABELA DE AUTENTICAÇÃO E FISCALIZAÇÃO. Certifico que este documento é autêntico. Ana Paula Correia da Silva COREME 001.028.000 TE 18:25</p> </div>		

PREScriÇÃO MÉDICA:
1) SG 5% 1000 ml 30 2° 2) Plaxil 01gr + 10 (TU) 3) Dipirona 01 gr + 10 (TU) 4) Observação 6h 5) voltaren 1amp IM;
<div style="text-align: center;"> CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO CNPJ: 00.775.273/0001-10 Rua José Joaquim Góes, nº 11 - Japim - PE José Mariz de Souza Farraz - Tabelião REGISTRO OFICIAL DE INSCRIÇÕES, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS. NOMEADO PELO ATO N° 1656 DA EMERGÊNCIA CONSTITUCIONAL N° 22 DE 20 DE JULHO DE 1982. </div> <div style="text-align: right;"> ASSINATURA - CRM  19 AGO. 2018 </div>



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WILLIAM DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02388-4

CONTA: 000010018259-3

Nr. da Autenticação CA43D2CD078843ED



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/07/2020 14:52:23
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073114522323800000064371211>
Número do documento: 20073114522323800000064371211

Num. 65603800 - Pág. 29

ATENDI
E 5547 Sepemped 10/08/2018

DADOS DO CLIENTE

GÉRICA ALVES CAVALCANTE
R. CEL MELINHO, N. 00093 - CRUZES PANELAS PE 55470-000
INSCRIÇÃO: 207.810.033.000.495 GRUPO:13 DEB. AUTOMATICO

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A895343302	DATA LEIT. ANTERIOR 09/07/2018	DATA LEIT. ATUAL 08/08/2018		MÉDIA 100

ÁGUA:
LEIT ANT: 566 CONSUMO:5
LEIT ATU:
LEIT FAT: 576

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO:

06/2018 01
05/2018 06
04/2018 06
03/2018 05
02/2018 06
01/2018 06

MÉDIA: 05

PARAMETROS	NÚMERO DE MÊS		
	EXIG. PONT	ANALISE	REALIZ.
TURBIDEZ HS 7.914	10	10	10
COR APARENTE	10	10	10
CLORO RESIDUAL	10	10	10
COLIFORMES TOTAIS	10	10	10
E.COLI	10	10	10

Qualidade de Água: WWW.ECOMPEX.COM.BR

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS ANOTRAS LAMINAS
(2) OS PARAMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁREA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

CONSUMO TOTAL: 8,82

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPONTE JALIDADE 06/2018

5 M² 3,00
0,1

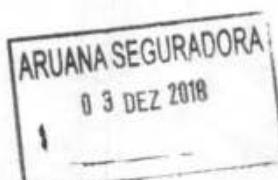
TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
HS CORFIR	8,65 8,65	1,65 7,60	0,13 0,66

VENCIMENTO: 20/08/2018

TOTAL A PAGAR: 8,82

MENSAGEM:

VIA DO CLIENTE





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

PESQUISA DE PREÇOS PARA A COMPRA DIRETA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Deus, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.535.932/0001-06 | Inscrição Estadual 000943-93 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
JOELSON TIBURIO OLIVEIRA LOPES

CPF: 026 518 304-21

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SANTA MARIA BOA VISTA 700JARDIM PANORAMA/CARuaru
CARuaru PE
55038-180CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico0214989111 DATA 4 22/06/2018
22/05/2018 22/06/2018 0214989111 0214989111 0214989111

2535105017	06/2018
02/07/2018	24/07/2018
	182,81

Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	199.000.000	0,73927710	146,37
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,73
Contribuição Iluminação Pública			10,27
ICMS Subvenção-CDE-NF 014097588-23/04/18			13,52
Multa por atraso-NF 017881836- 23/05/18			1,25
Multa por atraso-NF 014097588- 23/04/18			2,74
Juros por atraso-NF 014097588- 23/04/18			2,75
Juros por atraso-NF 017881836- 23/05/18			1,19
Altafazenda IPOM-NF 014097588- 23/04/18			0,41
Altafazenda IPOM-NF 017881836- 23/05/18			2,45
Atualização IPOM-NF 017881836- 23/05/18			0,53

TOTAL DA FATURA 182,81

Nº DO MEDIDOR:	TIPO DA MEDIDOR:	DATA ANTERIOR LEITURA:	DATA ATUAL LEITURA:	Nº DE DIAS:	CONSTANTE 1.000000	AJUSTE:	CONSUMO (kWh)	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
								% VALOR DO CONSUMO	% VALOR DO CONSUMO	% VALOR DO CONSUMO
JAN18 188		157,37	25,00	132			182,81	Tramandaí	R\$ 8,71	4,8%
MAR18 188		157,37	0,78	124				Manaus (Capital)	R\$ 21,38	12,3%
ABR18 207		157,37	3,98	124				Período de Energia	R\$ 9,98	5,27%
MAR18 181		157,37	5,78	124				Energias Retornadas	R\$ 8,27	4,57%
FEV18 177								Tributos	R\$ 48,33	26,44%
JAN18 236								Total	R\$ 167,37	100%
DEZ17 232										
NOV17 203										
OUT17 131										
SET17 214										
AGO17 216										
ABR17 219										
JUN17 181										

Este documento é resultado da consulta realizada no sistema de cobrança da Celpe Neoenergia. O consumo é calculado com base na leitura anterior e posterior da medidor em vigor à Venepe. Mais informações disponíveis aqui: [http://www.celpe.com.br](#). O cliente é responsável quando houver variação no consumo, inclusive se o resultado da leitura de fornecimento. Pode, em decorrência da multa (IPOM) e (MANAIS), surtar 1% (um por cento) sobre o consumo declarado na conta. Nesta hipótese, o cliente é responsável quando não declarar o consumo declarado na conta.

ARUANA SEGURADORA
03 DEZ 2018

