



Número: **0030479-41.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERALDO CEZARIO DA SILVA (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66243981	13/08/2020 10:37	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 31 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711133

Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERALDO CEZARIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15306761





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711133

Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GERALDO CEZARIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00321/00322 - carta_02 - INVALIDEZ

00050161



Carta nº 15314058





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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711133

Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO CEZARIO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **GERALDO CEZARIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000570-3**

Conta: **000010022860-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 292.102.914-68 4 - Nome completo da vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: GERALDO CEZARIO DA SILVA 6 - CPF: 292.102.914-68
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA DOM ESPEDITO LOPES 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PADRE PEDRO PEREIRA 12 - Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56800-000
15 - E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 87-999129089

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0570 3 CONTA: 22860 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 02/12/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA -
DP167ªCIRC DINTER2/20ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0257002101**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **13:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/9/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: AV. MANOEL VIRGÍNIO SOBRINHO, PE 320 - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: PADRE PEDRO PEREIRA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CLÁUDIO (AUTOR \ AGENTE)
TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
GERALDO SEZÁRIO DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GERALDO SEZÁRIO DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA

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

GERALDO SEZÁRIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MACENA DE LIMA Pai: LIBERATO SEZÁRIO DA SILVA Data de Nascimento: 4/2/1954 Naturalidade: CARNAÍBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3391337/SDS/PE (RG), 29210291468 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO Residencial: RUA DOM EXPEDITO LOPES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 6 - CEP: 0 - Bairro: PADRE PEDRO PEREIRA - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CLÁUDIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GERALDO SEZÁRIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **MUO5899** (PERNAMBUCO/AFOGADOS DA INGAZEIRA)
Ano Fabricação/Modelo: **1987/1987**

CORSA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLÁUDIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA AFIRMANDO QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS ESTAVA VINDO DA LOCALIDADE DE DE IBITIRANGA EM SUA MOTOCICLETA QUANDO NO TRECHO DO TREVO QUE DÁ ACESSO PARA ESTA CIDADE E AO FAZER A ROTATÓRIA COM DESTINO AO CENTRO DESTA CIDADE FOI ABALROADO POR UM VEÍCULO CORSA QUE ERA CONDUZIDO POR UM RAPAZ APENAS IDENTIFICADO PELO PRÉ NOME DE CLÁUDIO, QUE O ATINGIU POR COMPLETO NO LADO ESQUERDO DA MOTOCICLETA; QUE DO ACIDENTE, ELE GERALDO SOFREU UMA FRATURA EM SUA PERNA ESQUERDA; QUE O AUTOR DO ACIDENTE NÃO LHE SOCORREU E FORAGIU-SE DO LOCAL COM DESTINO A CIDADE DE CARNAÍBA. A MOTOCICLETA EM QUESTÃO ESTÁ LICENCIADA EM NOME DE TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA

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

GERALDO SEZÁRIO DA SILVA
(VITIMA)

Gerardo Sezário da Silva

B.O. registrado por: **JOSÉ HUMBERTO SIQUEIRA** - Matrícula: **380996-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 292.102.914-68 4 - Nome completo da vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: GERALDO CEZARIO DA SILVA 6 - CPF: 292.102.914-68
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA DOM ESPEDITO LOPES 9 - Número: 12 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PADRE PEDRO PEREIRA 12 - Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56800-000
15 - E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 87-999129089

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0570 3 CONTA: 22860 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 02/12/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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:	15/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO CEZARIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00570-3

CONTA: 000010022860-7

Nr. da Autenticação 2E56C64506D52D41





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/4

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-602
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0055943-53 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOAO VIANEY V SILVA MERCEARIA ME

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA HENRIQUE DIAS 288

CNPJ 70 221 486/0001-73

CENTRO/AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
55900-000

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

CONTA/CONTADOR	MÊS/ANO
7008375172	10/2019
DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VENCIMENTO
23/10/2019	16/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
260	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	PERÍODO
08110808	UNICA	16/10/2019
DATA DE EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REGISTRAÇÃO
16/10/2019	2011844471	9890

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR
Consumo Ativo (kWh)	256,0000000	0,81069952	
Acrescimo Bandeira AMARELA			
Acrescimo Bandeira VERMELHA			
Contrib. Ilum. Pública Municipal			
ICMS Subvenção-COE-NF 073440443-15/09/19			
Multa por atraso-NF 073440443-15/09/19			
Juros por atraso-NF 073440443-15/09/19			

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO
732328	Cal	13-09-2018	72.079,00	16-10-2019	72.334,00	31	1,00000		

MÊS/ANO DO CONSUMO		INFORMAÇÕES DE CÁLCULO				CONTRIBUIÇÃO EM R\$	
		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		Gerção de Energia	R\$ 60,00
OUT-19	285					Transmissão	R\$ 7,50
SET-19	301	ICMS 218,04	25,00	54,51		Distribuição (Celpe)	R\$ 45,94
AUG-19	303	PIS 218,04	1,26	2,81		Perdas de Energia	R\$ 14,40
JUL-19	305	COFINS 218,04	5,95	12,97		Encargos Setoriais	R\$ 10,80
JUN-19	294					Tributação	R\$ 70,30
MAY-19	284					Total	R\$ 218,94
ABR-19	300						
MAR-19	281						
FEV-19	436						
JAN-19	519						
DEZ-19	436						
NOV-19	445						
OUT-18	431						

UNICODEN - UNICODEN

TARIFAS ESPECIAIS

BCCS 2F08 BAI2 AA2U ADA2 5546 E908 9EB4

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para saber mais sobre o serviço de energia elétrica, consulte o site da CELPE ou o site da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL). O cliente é responsável por manter o sistema de medição em conformidade com as normas técnicas da ANEEL. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em conformidade com as normas técnicas da ANEEL. O cliente é responsável por manter o sistema de medição em conformidade com as normas técnicas da ANEEL.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

CONTAS EM ABERTO (R\$)					
Contas em Aberto	Debitadas	Creditadas	Debitadas	Creditadas	Saldo
00000000	180,00	0,00	0,00	0,00	180,00

TARIFAS ESPECIAIS					TARIFAS ESPECIAIS	
AFIO (CONSUMO) INGAZEIRA	VALOR	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TARIFAS ESPECIAIS	LIMITE DE UTAÇÃO (V) ANUAL
DIC	1,77	6,00	12,00	34,12	220	207
ENC	1,00	3,30	9,72	12,48	390	350
OTRO	0,00	0,00	0,00	0,00		399

LIMITE DIC: 12,22

ELSD - Valor do Encargamento de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 75,30



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Heleuterio Siqueira - liberal Sil-

inscrito (a) no CPF/CNPJ 588.391.134-20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Geraldo Cezario da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 292.102.914/68

do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Geraldo Cezario da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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>R. Benedito 1014</u>	Número: <u>288</u>	Complemento: <u>000</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Araguari de Azeiteiro</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56800-000</u>	Tel.(DDD): <u>87-999129089</u>

Local e Data: Araguari de Azeiteiro - PE 03.12.2019

Heleuterio Siqueira - liberal Sil-
Assinatura do Declarante



4.898

ENF LEITO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 95.544
 Data 09/09/19
 Hora 0

PACIENTE

Nome: Genaldio Cesarino da Silva Categoria: SUS
 Sexo: M Idade: 04/02/68 Por: P Estado Civil: Casado
 Naturalidade: Caruaru Profissão: Aposentado
 Endereço: Rua Santa Catarina - P. 2 - Padre Pedro
Pereira - Arrojado

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Josefa Macena de Lima Parentesco: Mãe
 Endereço: Idem

Internado por Ordem de _____

Ass. Médico - CRM

☐ Clínico ☐ Cirúrgico Hora do Atendimento Médico.

Pressão Arterial _____ MX _____ MN. Pulso _____ BPM

Temperatura _____ °C Peso 7

Queixa Principal trauma no punho esquerdo e ombro @ após acidente
no

História da Doença Atual _____

ATENÇÃO MÉDICA

Paciente vítima de trauma no punho esquerdo e ombro @ após acidente
no

Confere Com o Médico
 10.583.920/0001-24
 HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
 Av. Manoel Viana, 571 - KM 01
 PE 520 - CEP 56.800-000
 LAFOPROSA DE REGISTRO - PE

SUSANÁLIA (07) 9925-7830 / 9917-1993



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde de Pernambuco**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

10 - DATA DE NASCIMENTO

11 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☐ 3

13 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO

1º DO TELEFONE

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/EXAME FÍSICO

Paciente mulher, acidente motor de queda no banheiro e para esq. dor + cansaço + dificuldade. Numa ussila normal.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES)

Dureza chm'co

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Exame ortopédico

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO

Ex fibros + portos + luxação anlo

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

5-829

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento médico + fisio + lux anlo

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DAERSON SOUZA

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/05/15

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - CNPJ DA EMPRESA

39 - Nº DO BILHETE

42 - CNAE DA EMPRESA

40 - SÉRIE

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGUADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

261910494947-2

LAFRÁFICA (87) 9435 7820

UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

Gualdo Siza Silva

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

Procedimento Cirúrgico fx de HSA ESF

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
08/08/19						

- 1) fcm em DDH sob anestesia
- 2) fcm assepsis + antisepsia
- 3) fcm lúpus de transtorno c/ tor
- 4) desbridamento tecido desvitalizado
- 5) Fcm colocação + fixação c/ placa DCP 4.5 8mm + 6 parafusos
- 6) Sutura por planos
- 7) Lavagem
- 8) fx controle OK

10.583.920/0010-24
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
Av. ... CEP 56.800-000
PE 520
Lafayette de Aguiar - PE

1º Auxiliar

Dr. Talles M. Amaral
Médico
CRM-PE 23076

2º Auxiliar

Cirurgião

Dr. Jefferson José Sousa
Cirurgião do Trauma Infantil
Cirurgião de Ondas de Choque
CRM-PE 7518

Lagrância (87) 9917-1862 / 9635-7320

PatientID: 201909022326
PatientName: GERALDO SEZARIO DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 04.02.1954
Age: 65a.

Data do estudo: 02.09.2019



PatientName: GERALDO SEZARIO DA SILVA

BirthDate: 04.02.1954
Age: 65a.





PRO OBRIGATORIO DE DANOS P
MOTOCICLETAS E VEICULOS TERREST
TRANSPORTADAS SOB
DE SUA CARGA
SEGURO DPVAT

PENº 6466343328 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO

TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA
RUA PEDRO BATISTA TAVARES 416
CASA-ZONA RURAL
56800-000 AFOGADOS DA INGAZIRA-

CPF/CGC

PLACA

049.019.714-09

MU05899

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

PENº 6466343328

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2005

26/10/05

NOME/ENDEREÇO

TERESA MARIA DA SILVA OLIVEIRA
RUA PEDRO BATISTA TAVARES 416
CASA-ZONA RURAL
56800-000 AFOGADOS DA INGAZIRA-

CPF/CGC

PLACA

049.019.714-09

MU05899

ZONA RURAL

MARCA/MODELO

7293767

HONDA/CG 125

ANO FAB

DT. INSC

CHASSI

1987

09

9C2JC1801HR137082

PREMIO TERCIO ANO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO PAGU

Boleto 5/20

5/20



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190711133
Nome do(a) Examinado(a): Geraldo Cezario da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dom Espedito Lopes, 12 Casa
Pontes Afogados da Ingazeira PE CEP: 56800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 3391337
Data local do acidente: [02/09/2019]
Data local do exame: [07/01/2020] CUSTODIA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA PERNA DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE NO DIA 02/09/2019 COM FRATURA DE PERNA ESQUERDA. FEITO CIRURGIA COM COLOCAÇÃO DE PINOS E HASTES, COM ALTA HOSPITALAR DIA 06/09/2019 E ALTA DEFINITIVA EM 10/11/2019
Complicações: ANDAR CLAUDICANTE, CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO, DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO.
Data da Alta: 10/11/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
ANDAR CLAUDICANTE, CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO, DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO.
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO, ANDAR CLAUDICANTE, DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- () "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Joao Lopes de Barros Filho
CPF - 475.799.434-68
CRM/PE - 15988

João Lopes de Barros Filho
João Lopes de Barros
Clínica Médica
Médico do Trabalho
CRM-PE: 15.988
CRM-PB: 10.208



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Genelle Cavale de Sil
 DATA DO ACIDENTE 08.09.2019 CPF DA VITIMA 292.102.914-68
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Helene Siqueira Leibel Sil
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VITIMA É Procurador
 ENDEREÇO DO PORTADOR R: Benigno Vies
 Nº 288 COMPLEMENTO cas BAIRRO Paulo
 CIDADE Alagoinha de Marzagão PE CEP 56800-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (97) 95312-9089

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: 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 FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA 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 CONFERIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 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.

- 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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 292.102.914-68

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711133 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: ANDAR CLAUDICANTE, CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO, DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA DE ACIDENTE NO DIA 02/09/2019 COM FRATURA DE PERNA ESQUERDA. FEITO CIRURGIA COM COLOCAÇÃO DE PINOS E HASTES, COM ALTA HOSPITALAR DIA 06/09/2019 E ALTA DEFINITIVA EM 10/11/2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO MID, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711133 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame físico: ANDAR CLAUDICANTE, CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO, DORMÊNCIA E FORMIGAMENTO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA DE ACIDENTE NO DIA 02/09/2019 COM FRATURA DE PERNA ESQUERDA. FEITO CIRURGIA COM COLOCAÇÃO DE PINOS E HASTES, COM ALTA HOSPITALAR DIA 06/09/2019 E ALTA DEFINITIVA EM 10/11/2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO MID, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711133 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO/TRAUMA EM OMBRO DIREITO-P.1.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA-P.1,3.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) -(TÍBIA)-E ALTA MÉDICA.
P.1,3.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 65 ANOS./LAUDO E EXAME DE IMAGEM-P.4,5/FOLHA CIRÚRGICA-P.3.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO
PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711133 **Cidade:** Afogados da Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO/TRAUMA EM OMBRO DIREITO-P.1.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA-P.1,3.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) -(TÍBIA)-E ALTA MÉDICA.
P.1,3.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 65 ANOS./LAUDO E EXAME DE IMAGEM-P.4,5/FOLHA CIRÚRGICA-P.3.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO
PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: GERALDO CEZARIO DA SILVA, brasileiro, agricultor, casado, residente e domiciliado na rua dom expedito Lopes, Nº 12, Bairro: padre Pedro pereira AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE CEP 56800-000, portador do RG Nº 3.391.337 SDS/PE e CPF: 292.102.914-68.

Outorgado: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, brasileira, estada civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique dias, nº 288, bairro centro AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2761780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consócio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) GERALDO CEZARIO DA SILVA (a) ocorrido em 02/09/2019, conforme registro pelo B.O 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 /credito 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.



AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE, 02/12/2019.

OUTORGANTE

Gerardo Cezario da Silva

CARTÓRIO UMBERTO GOMES
Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56800-000 - Afogados da IngaZEIRA (PE).
Tel.: (87) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Reconheço Por Autenticidade a firma de GERALDO CESÁRIO DA SILVA e dou fé. Em testemunho da verdade. EmolRS 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 e FUNSEG R\$ 0,08, ISS: 0,08 TOTAL: 4,91 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital. 02/12/2019 11:54:20 - ANNA KARLA GOMES PATRIOTA - Escrevente Selo:0150599.VBK11201901.01414

Anna Karla Gomes Patriota

Anna Karla Gomes Patriota
Escrevente Substituto



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460979/19

Vítima: GERALDO CEZARIO DA SILVA

CPF: 292.102.914-68

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO CEZARIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA : 589.391.134-20

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

GERALDO CEZARIO DA SILVA : 292.102.914-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
CPF: 589.391.134-20

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

