



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
66243 981	13/08/2020 10:37	<u>ANEXO 1</u>	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

Pag. 00415/00416 - carta_01 - INVALIDEZ



00010208

Carta nº 15306761



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:37:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310375619500000064993156>
Número do documento: 20081310375619500000064993156

Num. 66243981 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:37:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310375619500000064993156>
Número do documento: 20081310375619500000064993156

Num. 66243981 - Pág. 2

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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: 4 - Nome completo da vítima:
292.102.914-68 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: 10 - Complemento: 12 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0570 CONTA: 228 60 (Informar o dígito se existir) 5 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vir 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

geraldo cezario da silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

helenita siqueira - lider silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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 N°. 19E0257002101

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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: MUNICIPIO 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: MasculinoMãe: JOSEFA MACENA DE LIMA Pai: LIBERATO SEZÁRIO DA SILVA Data de Nascimento: 4/2/1954 Naturalidade: CARNAIBA / 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: MUNICIPIO 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: FemininoNaturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CLÁUDIO (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoNaturalidade: 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 COMPARCEU 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)

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: 4 - Nome completo da vítima:
292.102.914-68 **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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0570** CONTA: **228 60** (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.

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 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascitro (viveres): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	--	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

geraldo cezario da silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

helenita siqueira - bical sice -

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:37:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310375619500000064993156>
Número do documento: 20081310375619500000064993156

Num. 66243981 - Pág. 8



CEI PE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/07/2002.

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.825.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-53 | www.cepepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HENRIQUE DIAS 268**

CNPJ 70.221.486/0001-73

CENTRO/AFOGADOS DA INGAZÉIRA
AFOGADOS DA INGAZÉIRA.PE
58800-000

CLASSIFICAÇÃO

7008375172 10/2019

081106608 UNICA 16/10/2018

DATA DE VENCIMENTO
23/10/2019 16/11/2019
TODOS A PAGAR JÁ
260

INTRODUÇÃO

DETALHAMENTO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR
Consumo Ácvo(AVH)	256.000000	0,81069952	
Acréscimo Bandeira AMARELA			
Acréscimo Bandeira VERMELHA			
Contro. lum. Pública Municipal			
ICMS Subvenção-COB-1F 073440443-15/08/19			
Multa por atraso-1F 073440443-15/08/19			
Juros por atraso-1F 073440443-15/08/19			

TOTAL PAPER USE

2016 RELEASE UNDER E.O. 14176

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
TZ1208	CAT	13-09-2018	72.079,00	16-10-2018	72.334,00	33	1.00000		

PERÍODO	VALOR	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$ 00,00
OUT/19	286				Transmissão	R\$ 7,56
SET/19	201				Statutária (Cptec)	R\$ 45,94
NOV/19	205				Perdas de Energia	R\$ 14,42
DEZ/19	205				Energias Sustentáveis	R\$ 10,05
JAN/20	294				Tributos	R\$ 70,30
FEB/20	284				Total	R\$ 216,94
MAR/20	200					
ABR/20	281					
MAR/20	281					
FEV/20	426					
JAN/20	219					
DEZ/19	286					
NOV/19	445					

ATENÇÃO: para mais detalhes, consulte o manual.

A CONTA DA CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO						As contas de gás da Companhia Paranaense de Gás (CPG) e da Gás do Paraná (GDP) não estão integradas ao sistema da Celpe. Portanto, para pagar suas contas de gás, é necessário entrar em contato com a respectiva empresa.
circuito 2000000	Endereço	Valor	Variação	Desconto	Vista	
2000000	180 D10	20,41				

APENAS INDUSTRIAL	VALOR ARREDON DADO	VALORES DAS INTERVALOES			TENSÃO NOMINAL (V)	VALORES DE VARIAÇÃO	
		LIMITE MÍNIMO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL		LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO
DC	1,77	0,03	12,08	34,12	220	202	231
FC	1,00	3,26	8,72	13,45	380	350	399
DMC	0,00	3,54	0,00	0,00			



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:37:56
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008131037561950000064993156>
Número de documento: 2008131037561950000064993156

Num. 66243981 - Pág. 10

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: 4020-1596 / 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/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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Helente Siqueira - bilesal 516 -

inscrito (a) no CPF/CNPJ 589.391.134-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Geraldo Cesario da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 292.102.914-68

do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Geraldo Cesario da Silveira

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

Declaro Profissão: Recepcionista Renda: R\$ 00,00 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. Henrique 1016</u>	Número:	<u>288</u>	Complemento:	<u>005 -</u>
Bairro:	<u>Anto</u>	Cidade:	<u>Apósadas da Mangabeira</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56800-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>87-999129089</u>

Local e Data: Mangabeira da Mangabeira - PE 03.12.2019

Helente Siqueira - bilesal 516 -

Assinatura do Declarante



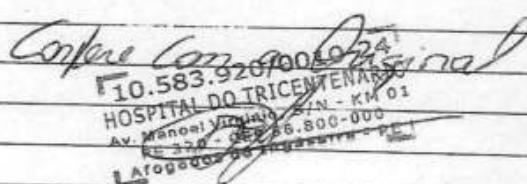
4. 898

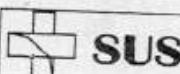
ENF **LETO**

Registro N° 95.544
Data 02/09/19
Hora 2

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

PACIENTE	Nome: <u>Geraldo Cesario da Silva</u>	Categoria: <u>SVS</u>
	Sexo: <u>M</u> Idade: <u>04/02/67</u> Por: <u>P</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>
RESPONSÁVEL	Naturalidade: <u>Edimaila</u>	Profissão: <u>Agente de Transporte</u>
	Endereço: <u>Rua Santa Catarina - 829 - Pachê Peleira - Aracaju</u>	
Pessoa de Quem Depende: <u>Josefa Matena de Souza</u> Parentesco: <u>Mãe</u>		
Internado por Ordem de _____		
Ass. Médico - CRM _____		
<input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Hora do Atendimento Médico		
Pressão Arterial _____ MX _____ MN.		Pulso _____ BPM _____
Temperatura _____ °C		Peso _____
Queixa Principal <u>inchaço no pênis, e o anel (a) após acordar</u> <u>meio</u>		
História da Doença Atual		
<u>Paciente com inchaço generalizado pelo dia durante no</u> <u>meio (a) e pescoço</u>		
ATENÇÃO MÉDICA	<u>Confere com o Hospital</u> <u>10.583.920/0001-02</u> <u>HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO</u> <u>Av. Manoel Vitorino, 511 - KM 01</u> <u>CEP 59055-800-000</u> <u>Atendimento 24h - (55) 36.800-000</u>	





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

H. R. E. C

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. E. C

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

162488278000007

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - N.º DO PRONTUÁRIO

95.544

9 - NOME DO PACIENTE

Erivaldo Lacerda da Silva

10 - DATA DE NASCIMENTO

04/02/54

11 - SEXO

Masc. Fem. 3

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Josefa Lacerda de Lacerda

DOO

13 - N.º DO TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua Santa Catarina 02 B. Badeu Pedro Pereira

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pacalt utim acudunt molo d' huma, no
dunhoq e paqz esq. des + lata + d' fundade.
Mimo uscito nornol.

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

Queduo elui'co

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

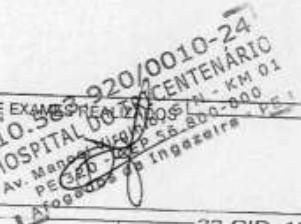
Exame os topoou'co

22 - CID 10 PRINCIPAL

5-829

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO

fx d'fimz ex porto + tuxoçio anlo



24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervento nung'co ex d'fimz + tuxoçio anlo

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

4080505100

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - N.º 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 CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Jose Sozinha

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

261910494947-2

LAJOGRAFICA (37) 9635 7320



UNIDADE**Laudo de Cirurgia**

Nome do Paciente

Guilherme Sizano Silva

N.º do Registro

| | | | |

Data Admissão

| | | | |

Nome do Procedimento Cirúrgico

Intervento Cirúrgico fx diária ESF

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

Data	Inicio	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
08/09/15						

- ① Fita em DDH sob ausculta
- ② Fito asepsis + antisepsis
- ③ Fito lungar, traqueia, o/ toro
- ④ Subtração tecido disintubação
- ⑤ Fito redutor + fixador C/ placas Ocp 9,5 x 10cm + 6 parafusos
- ⑥ Sutura por planos
- ⑦ Encerrada
- ⑧ Rx controle OK

10.583-920/0010-24
 HOSPITAL TRICENTENARIO
 Av. Presidente Vargas, 1100 - Centro - CEP 56.600-000
 (31) 3222-1100 (31) 3222-1101
 Lagoa da Ingazeira - PE

Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 Cirurgião do Trauma Infantil
 Cirurgião de Ortopedia de Choque
 FOT 7518

1º Auxiliar
 Dr. Tales M. Amaral
 Médico
 CRM-MG 23076

2º Auxiliar

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:37:56
 https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310375619500000064993156
 Número do documento: 20081310375619500000064993156

Lagráfica (87) 9917-1862 / 9630-7020



PatientID: 201909022326
PatientName: GERALDO SEZARIO DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 04.02.1954
Age: 65a.

Data do estudo: 02.09.2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:37:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310375619500000064993156>
Número do documento: 20081310375619500000064993156

Num. 66243981 - Pág. 15

PatientName: GERALDO SEZARIO DA SILVA

BirthDate: 04.02.1954

Age: 65a.





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:37:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310375619500000064993156>
 Número do documento: 20081310375619500000064993156

Num. 66243981 - Pág. 17





**Laudo 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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% 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.

João Lopes de Barros Filho

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. João Lopes de Barros Filho

CPF - 475.799.434-68

CRM/PE - 15988



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Geraldo Cezario de silDATA DO ACIDENTE 02.09.2019 CPF DA VITIMA 292.102.944-68

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Heblene Siqueira - heblene

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

 VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM

AVITIMA

procu. adac

ENDERECO DO PORTADOR

R: Henrique DriesNº 288 COMPLEMENTO casCIDADE Alagoas da Maceió - PE BAIRRO Centro

E-MAIL

CEP 56800-000 TELEFONE (82) 95312-9083

MARQUE () PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

 CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPSSIBILIDADE 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

 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - 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

 * MORTE = R\$ 13.500,00VALORES DE INDENIZAÇÃO * 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 6.134/74.

 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR

(ORIGINAL)

 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

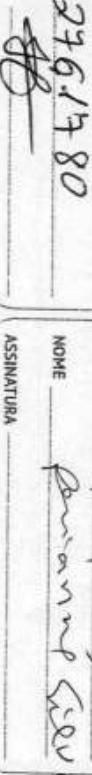
DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/12/2019

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE 276.1780NOME Antônio Yves Cordeiro de Mello JuniorASSINATURA 

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 ANDAR CLAUDICANTE, CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO,
físico: 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 ANDAR CLAUDICANTE, CICATRIZ COM QUELOIDE, PERDA DA FORÇA, DIFICULDADE DE FIXAR O PÉ NO CHÃO,
físico: 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:37:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310375619500000064993156>

Num. 66243981 - Pág. 24

Número do documento: 20081310375619500000064993156

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:37:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310375619500000064993156>

Número do documento: 20081310375619500000064993156

Num. 66243981 - Pág. 25

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 transito 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.

OURTOGANTE

geraldo cezario da Silva



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 10:37:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081310375619500000064993156>
Número do documento: 20081310375619500000064993156

Num. 66243981 - Pág. 27