



21/08/2020

Número: **0000808-37.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **01/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CICERO DE SOUZA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66748960	21/08/2020 16:26	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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028368

Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA

Data do Acidente: 24/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA

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

Comprovação de registro de acidente declarado	Apresentar a cópia simples de documento que contenha o nome completo da vítima e confirme o acidente declarado, tais como, atendimento pelo Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto ou SAMU, Inquérito Policial, Laudo de Necropsia, e/ou Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, pois o registro de ocorrência policial entregue foi efetuado apenas com base na declaração do interessado, sem a presença da autoridade policial no momento do acidente.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01829/01830 - carta_03 - INVALIDEZ

00070915



Carta nº 15410415





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028368 Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA

Data do Acidente: 24/07/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01739/01740 - carta_03 - INVALIDEZ

00060870



Carta nº 15449022





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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028368

Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA

Data do Acidente: 24/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA

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. 00723/00724 - carta_02 - INVALIDEZ

00050382



Carta nº 15484557





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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028368

Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA

Data do Acidente: 24/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00509/00510 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028368

Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA

Data do Acidente: 24/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE CICERO DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 000984098985-0

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:

844.228.824-49

4 - Nome completo da vítima:

Jose Ciceno de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 05/SEI Nº 455/2012

5 - Nome completo:

Jose Ciceno de Souza

6 - CPF:

844.228.824-49

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. João Romão Filho

9 - Número:

296

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Bom Jesus

12 - Cidade:

Senna Talhada

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56906-345

15 - E-mail:

(17) 99634-4907

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

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\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.001,00 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:

0914

CONTA:

984098985

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 de 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 do seguro 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 no documento apresentado sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, a ser realizada pela Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou com o resultado do diagnóstico médico, o qual fica sujeito ao disposto no seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Juridicamente

☐ 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 nosoluro (vivos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou outros parentes?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem for beneficiário, que poderá ser a vítima ou o beneficiário designado, desde que esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento e a consequente responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Maria Alice da Silva Muniz

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

007.468.214-84

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Maria Alice da Silva

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: Jose Francisco Alves Cavalcante

CPF: 031.041.284-64

+ Jose Francisco A. Cavalcante

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Jessica Cavalcante da Silva

CPF: 121.040.344-77

+ Jessica Cavalcante da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Senna Talhada 06.01.2020



**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: 3200028368
Nome do(a) Examinado(a): Jose Cicero de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Romao Filho, S/N
Alto Bom Jesus - Serra Talhada - PE - CEP: 56906-345
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10169291
Data local do acidente: [24/07/2017]
Data local do exame: [11/02/2020] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FIXADOR EXTERNO
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 20/12/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DE MOBILIDADE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO.
- IV. Nexa de causalidade: 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:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% 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. Denilson A. Silva
CRM: 15.132
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267005115**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2019** às **11:17**

Complementa o BO Número: **19E0267005114**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2017** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **BR232 - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:

MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, APÓS O DISTRITO DE BOM NOME - Bairro:

CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)

JOSE CICERO DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSE CICERO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENA MARIA DE SOUZA Pai: CICERO FERNANDO DE SOUZA Data de Nascimento: 1/4/1963 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10169291/SDS/PE (RG), 84422882449 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: DESEMPREGADO(A) Telefones Celulares: - 08798056907

Residencial: **TRAVESSA 7, Nº 1269, BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1269 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O QUEIXOSO ACIMA QUALIFICADO COMUNICANDO QUE NO DIA 24 DE JULHO DE 2019, SEGUIA A PÉ PELA RODOVIA BR-232, INDO DA CIDADE DE SÃO JOSE DO BELMONTE PARA O DISTRITO DE BOM NOME; QUE ANTES DE CHEGAR AO DISTRITO FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA E ARREMESSADO PARA FORA DA RODOVIA; QUE NÃO CONHECE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA; QUE UMA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE VINHA PASSANDO PELO LOCAL E O SOCORREU AO HOSPAM; QUE NO HOSPAM FOI ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE ANTONIO DA SILVA, CONFORME PROTUÁRIO 170; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE SOFREU FRATURA NOS DOIS MEMBROS INFERIORES E TEVE QUE SER SUBMETIDO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. BOE COMPLEMENTADO PARA RETIFICAR A DATA DO ACIDENTE. NADA MAIS, EN CERRO.

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

JOSE CICERO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Bruna Renaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267005114**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/12/2019** às **10:59**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2019** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **BR232 - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:

MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, APÓS O DISTRITO DE BOM NOME - Bairro:

CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE CICERO DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE CICERO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENA MARIA DE SOUZA Pai: CICERO FERNANDO DE SOUZA Data de Nascimento: 1/4/1963 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10169291/SDS/PE (RG), 84422882449 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: DESEMPREGADO(A) Telefones Celulares: - 08798056907

Residencial: **TRAVESSA 7, Nº 1269, BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1269 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação



COMPARECEU A ESTA DEPOL O QUEIXOSO ACIMA QUALIFICADO COMUNICANDO QUE NO DIA 24 DE JULHO DE 2019, SEGUIA A PÉ PELA RODOVIA BR-232, INDO DA CIDADE DE SÃO JOSE DO BELMONTE PARA O DISTRITO DE BOM NOME; QUE ANTES DE CHEGAR AO DISTRITO FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA E ARREMESSADO PARA FORA DA RODOVIA; QUE NÃO CONHECE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA; QUE UMA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE VINHA PASSANDO PELO LOCAL E O SOCORREU AO HOSPAM; QUE NO HOSPAM FOI ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE ANTONIO DA SILVA, CONFORME PROTOÚRIO 170; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE SOFREU FRATURA NOS DOIS MEMBROS INFERIORES E TEVE QUE SER SUBMETIDO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS, ENCERRO.

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

JOSE CICERO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo de Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177°CIRC
DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267000264**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/01/2020** às **09:34**

Complementa o BO Número: **19E0267005115**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/7/2017** no período da **Tarde**

Natureza Jurídica: **REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT**

Fato ocorrido no endereço: **BR232 - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:

MUNICIPIO DE SAO JOSE DO BELMONTE, 1, APÓS O DISTRITO DE BOM NOME - Bairro:

CENTRO - SAO JOSE DO BELMONTE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

JOSE CICERO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE CICERO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENA MARIA DE SOUZA Pai: CICERO FERNANDO DE SOUZA Data de Nascimento: 1/4/1963 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10169291/SDS/PE (RG), 84422882449 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: DESEMPREGADO(A) Telefones Celulares: - 08798056907

Residencial: **TRAVESSA 7, Nº 1269, BOM JESUS - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1269 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

21/01/2020 09:35



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O QUEIXOSO ACIMA QUALIFICADO COMUNICANDO QUE NO DIA 24 DE JULHO DE 2017, SEGUIA A PÉ PELA RODOVIA BR-232, INDO DA CIDADE DE SÃO JOSE DO BELMONTE PARA O DISTRITO DE BOM NOME; QUE ANTES DE CHEGAR AO DISTRITO FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA E ARREMESSADO PARA FORA DA RODOVIA; QUE NÃO CONHECE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA; QUE UMA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSE DO BELMONTE VINHA PASSANDO PELO LOCAL E O SOCORREU AO HOSPAM; QUE NO HOSPAM FOI ATENDIDO PELO MÉDICO EBENONE ANTONIO DA SILVA, CONFORME PROTOUÁRIO 170; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE SOFREU FRATURA NOS DOIS MEMBROS INFERIORES E TEVE QUE SER SUBMETIDO À PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. BOE COMPLEMENTADO PARA RETIFICAR A DATA DO ACIDENTE. NADA MAIS, ENCERRO.

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

JOSE CICERO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: **3866106**



21/01/2020 09:35





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:

844.228.824-49

4 - Nome completo da vítima:

Jose Ciceno de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 505/2012

5 - Nome completo:

Jose Ciceno de Souza

6 - CPF:

844.228.824-49

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. João Romão Filho

9 - Número:

296

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Bom Jesus

12 - Cidade:

Senna Talhada

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56906-345

15 - E-mail:

(17) 99634-4907

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

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\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.001,00 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:

0914

CONTA:

984098985

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 de 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 do seguro 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 no documento apresentado sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, a ser realizada pela Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou com o resultado do diagnóstico médico, o qual não discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Juridicamente

☐ 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 nosoluto (vivos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou parentes próximos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem for beneficiário, que se apresentar a morte antes da indenização por invalidez, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento e a consequente responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Maria Alice da Silva Muniz

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

007.468.214-84

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Maria Alice da Silva

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: Jose Francisco Alves Cavalcante

CPF: 031.041.284-64

+ Jose Francisco A. Cavalcante

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Jessica Cavalcante da Silva

CPF: 121.040.344-77

+ Jessica Cavalcante da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Senna Talhada 06.01.2020





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 570

Data: 24.07.17	Hora: 23:20				
Nome: João Carlos de Souza	Estado Civil:				
Nascimento: 01.04.63	Sexo: m				
Escolaridade:	Profissão:				
Mãe: Geni Maria de Souza	Responsável: Elva Ctes Enfermagem				
Endereço: Travessa Dionísio Aires de Carvalho	Fone:				
Bairro: Centro	Município: São Belmonte				
Cartão SUS:	RG/CPF: 71098				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:	

História e Exame Físico:

Lesão com 14 dias
de dor

Tratamento:

.. RX
aspirina

Hipótese Diagnóstica:

Retorno de dor

Carimbo e Assinatura:

De Exatão
[Assinatura]

Estado do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Exatão
---------------------	-----------	------------	-------------	--------



HOSPAM**HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE**Relatório de Operação**

Nome do Paciente <i>José Almeida da Silva</i>		Número do Registro
Clínica		Número do Leito
Operador <i>E. Almeida</i>		
1º Assistente		2º Assistente
Instrumentador		Anestesista
Anestesia <i>[assinatura]</i>		Duração
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura da tíbia</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Operação Proposta		
Operação Realizada <i>Fratura da tíbia com placa e parafusos</i>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Anestesia
- 2) Lavagem da ferida
- 3) Redução da fratura da tíbia com placa e parafusos
- 4) Curativo e bandagem

Dr. Eudécio Antônio da Silva
CPF: 042.235.544-26
Médico Traumatologista



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CICERO DE SOUZA

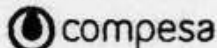
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000984098985-0

Nr. da Autenticação 673A3F2C4A0B6855





CNPJ 09.769.035/0001-04
INSC. EST. Nº 18.1.005.0014398-2

ATENÇÃO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NÚM. - 00883 - N°
SSA SRA DA PENHA, SERRA TALHADA - PE - 56100-490

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 23616440 Dez/2019	
HELENO ALVES DA SILVA R JOAO ROMAO FILHO, N. 00296 - BOM JESUS SERRA TALHADA PE 56100-490			
INSCRIÇÃO: 139.841.188.0010.090 GRUPO: 7 DE 3 AUTOMÁTICO: 025616440			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIA COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y101302115	DATA LEIT. ANTERIOR 19/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/12/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 1119 CONSUMO: 5
LEIT ATU: TAXA MINIMA
LEIT FAT: 1129

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

11/2019 05
10/2019 06
09/2019 06
08/2019 06
07/2019 01
06/2019 06
MÉDIA: 05

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.314/11	ANÁLISES REALIZ.	AT. M.C. A EC.
TURBIDEZ	70	70	70
COR APARENTE	70	70	69
CLORO RESIDUAL	70	70	70
COKIF. TOTAIS	70	70	70
E. COLI	70	70	70

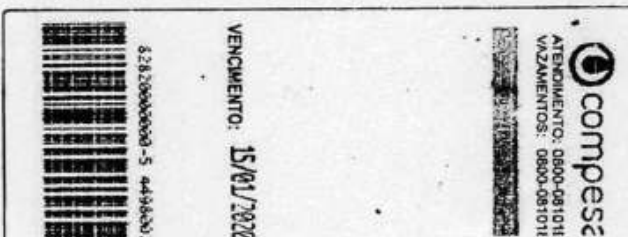
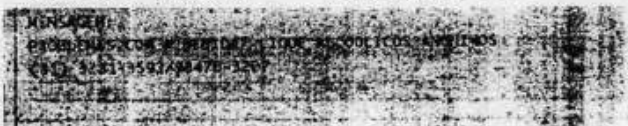
Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COEFICIENTES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COEFICIENTES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	44,08	44,08
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019	0,90	

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IMPOSTO	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,69	3,35

VENCIMENTO: 15/01/2020 TOTAL A PAGAR: 44,98





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DÍNHEIRO 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744, 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jose Ciceno de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.228.824, 49
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Ciceno de Souza
inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.228.824, 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Peixeiro Renda: Peixeiro e apresento os documentos comprobatórios.
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Francisco Olay</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>Caba</u>
Bairro: <u>IPSEP</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:		CEP: <u>56912-180</u>
		Tel. (DDD):

Local e Data: Serra Talhada 06.01.2020

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 570

Data: 24.07.17	Hora: 23:20				
Nome: João Carlos de Souza	Estado Civil:				
Nascimento: 01.04.63	Sexo: m				
Escolaridade:	Profissão:				
Mãe: Geni Maria de Souza	Responsável: Elva Ctes Enfermagem				
Endereço: Travessa Dionísio Aires de Carvalho	Fone:				
Bairro: Centro	Município: São Belmonte				
Cartão SUS:	RG/CPF: 71098				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:	

História e Exame Físico:

Lesão com 14 dias
de dor

Tratamento:

.. RX
aspirina

Hipótese Diagnóstica:

Retorno de dor

Carimbo e Assinatura:

De Exatão
[Assinatura]

Estado do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Exatão
---------------------	-----------	------------	-------------	--------



HOSPAM**HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE**Relatório de Operação**

Nome do Paciente <i>José Almeida da Silva</i>		Número do Registro
Clinica		Número do Leito
Operador <i>E. Almeida</i>		
1º Assistente	2º Assistente	
Instrumentador	Anestesista	
Anestesia <i>LA</i>	Duração	
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório		
<i>Fratura do L. P.</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Operação Proposta		
Operação Realizada <i>Fratura do L. P. com L. P. e L. P.</i>		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Anestesia
- 2) Lavagem
- 3) Redução - fratura do L. P. com L. P.
- 4) Fixação com L. P.

Dr. Eudécio Antônio da Silva
CPF: 042.235.544-26
Médico Traumatologista





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 10.169.291	DATA DE EXPIRAÇÃO 26/05/2015
NOME « JOSÉ CICERO DE SOUZA »	
FILIAÇÃO « CICERO FERNANDO DE SOUZA » « IRENA MARIA DE SOUZA »	
NATURALIDADE SERRA TALHADA - PE	DATA DE NASCIMENTO 01/04/1963
DOC ORIGEM « 0747160155.1976 1 00052 129 »	
CPF 0000770 98 SERRA TALHADA, PE	
844.228.824-49 Ana Patrícia C. G. Albuquerque Delegada da Polícia - Gerente ITU	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/04/73	
715040060106083148.6365044	F-66.39.078 - 4771





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Mania Alice da Silva Moura

RG nº 5.339.547 data de expedição 14/04/2009 órgão SOS-PE

CPF nº 007.468.214 - 84, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

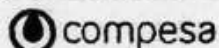
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. João Romão Filho</u>
Número	<u>286</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Bom Jesus</u>
Cidade	<u>Senna Talhada</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56906-345</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Lpca e Data: Senna Talhada 16.01.2020

Assinatura do Declarante: xmania alice da Silva Moura





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.0050014398-2

ATENÇÃO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NUN. - 90833 - N°
SSA SRA DA PENHA, SERRA TALHADA PE 56003-490

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 23616440 Dt: 2/2019	
HELENO ALVES DA SILVA R JOAO ROMULO FILHO, N. 00296 - BOM JESUS SERRA TALHADA PE 56003-490 INSCRIÇÃO: 139.841.188.0010.090 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 023616440			
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y10X302115	DATA LEIT. ANTERIOR 19/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/12/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD

AGUA:
LEIT ANT: 1119 CONSUMO: 5
LEIT ATU: TAXA MINIMA
LEIT FAT: 1129

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

11/2019 05
10/2019 06
09/2019 06
08/2019 06
07/2019 01
06/2019 06
MÉDIA: 05

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG. PORT. MS 2.114/11	ANÁLISES REALIZ.	AT. J. G. E. H.	A. E. G. E. H.
TURBIDEZ	70	70	70	70
COR APARENTE	70	70	69	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70	70
COEF. TOTAIS	70	70	70	70
E. COLI	70	70	70	70

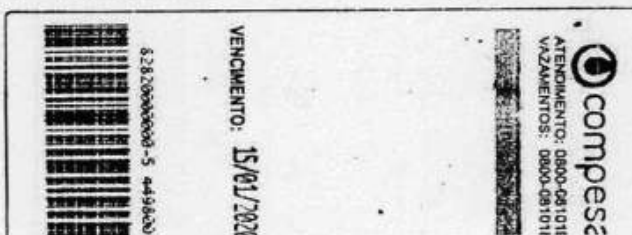
Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OB: (1) COEFICIENTES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COEFICIENTES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	113	44,08
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 11/2019		0,90

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,69	3,35

VENCIMENTO: 15/01/2020 TOTAL A PAGAR: 44,98



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
E CARTERA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
JOSE FRANCISCO ALVES CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5650072 SUP PE

CPF
031.041.284-64

DATA NASCIMENTO
26/10/1978

FEIÇÃO
JOSE ALVES CAVALCANTE
MARGARIDA ALVES CAVALC
ANTE

PERMISSÃO
NACIONAL

NCC
NACIONAL

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01505918681

VALIDADE
21/08/2023

1ª HABILITAÇÃO
16/10/2008

OBSERVAÇÕES

Jose Francisco Alves Cavalcante

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
22/08/2018

Odete Andreia Lima Ribeiro

ASSINATURA DO EMISSOR

40415458447
PE007677580

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1679946840

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1679946840





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RÉGISTRO GERAL 9.966.252 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/05/2014

NOME << JÉSSICA CAVALCANTE DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SALVADOR JOÃO DA SILVA NETO >>
<< CÍCERA ALVES CAVALCANTE DA SILVA >>

NATURALIDADE SERRA TALHADA - PE DATA DE NASCIMENTO 17/05/1997

DOC. ORIGEM << CN.45072-LA89 F.184 CART.SERRA TALHADA-PE 04.08.1997 >>

CPF 121.040.344-77

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/80

F-60 76.912 - 4333



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028368

Cidade: São José do Belmonte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA

Data do acidente: 24/07/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DE MOBILIDADE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA CONSOLIDADA COM DESVIO, APRESENTA MARCHA DIFICULDADE

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028368 **Cidade:** São José do Belmonte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA **Data do acidente:** 24/07/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURAS NOS OSSOS DA PERNA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X

NÃO INFORMA LATERALIDADE.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00





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 ASI: 3200028368 3 - CPF da vítima: 844.228.824-49 4 - Nome completo da vítima: Jose Ciceno de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Jose Ciceno de Souza 6 - CPF: 844.228.824-49
7 - Profissão: Agricultura 8 - Endereço: R. João Romão Filho 9 - Número: 296 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Bom Jesus 12 - Cidade: Senna Talhada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56906-345
15 - E-mail: (87) 99634-4907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ POR 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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ 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: 0914 CONTA: 984098985 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 do 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 no documento apresentado sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, a ser feita pela Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou qualquer outro ato de natureza médica, a ser realizado, sob a responsabilidade 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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (seu/ses)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou par(s) (seu/sas)? ☐ Sim ☐ Não

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

Maria Alice da Silva Muniz

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

007.468.214-84

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

x mariaalicesilva

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: Jose Francisco Alves Cavalcante

CPF: 031.041.284-64

+ Jose Francisco A. Cavalcante

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Jessica Cavalcante da Silva

CPF: 121.040.344-77

+ Jessica Cavalcante da Silva

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Senna Talhada 20.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Roma de Menezes
43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante JOSE CICERO DE SOUZA, portador(a) do documento de identidade nº 10.169.291 expedido por SDS-PE, em 26/05/2015, inscrito no CPF sob o nº 844.228.824-49, residente na R. JOÃO ROMÃO FILHO, n.º 296, complemento Casa, Bairro: BOM JESUS, cidade SERRA TALHADA, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

Portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em 29 / 05 / 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório -- DPVAT especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTOS.

Serra Talhada, 02 de Janeiro de 2019

Outorgante X

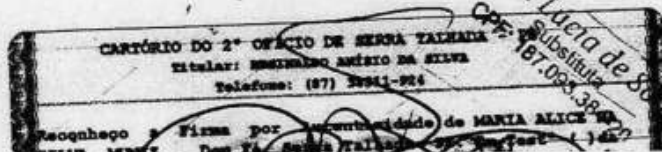
Maria Alice da Silva Muniz

Assinatura de quem assina a Rogo

MARIA ALICE DA SILVA MUNIZ

RG: 5.339.547 SDS-PE

CPF: 007.468.214-84



Testemunha 1

Jose Francisco Alves Cavalcante

RG: 5650072 SSP-PE

CPF: 031.041.284-64

✓ Jose Francisco A. Cavalcante

Testemunha 2

Jessica Cavalcante da Silva

RG: 9.966.252 SSP-PE

PF: 121.040.344-77

✓ Jessica Cavalcante da Silva

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
SERRA TALHADA

Reconheço a Firma por Autenticidade de JESSICA CAVALCANTE DA SILVA. Don. Fm. Serra Talhada - PE. Em Test. () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva Titular. () Maria Lúcia da Sousa Substituta. Emol-R\$ 3,50. TERC-R\$ 0,82. FERC-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08. ISS-R\$ 0,21.

Selo: 0074872.DC012201904.00090 10/01/2020 15:15:15
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 187.093.384-20

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
SERRA TALHADA

Reconheço a Firma por Autenticidade de JOSE FRANCISCO ALVES CAVALCANTE. Don. Fm. Serra Talhada - PE. Em Test. () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva Titular. () Maria Lúcia da Sousa Substituta. Emol-R\$ 3,50. TERC-R\$ 0,82. FERC-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08. ISS-R\$ 0,21.

Selo: 0074872.IX012201904.00091 10/01/2020 15:15:49
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF: 187.093.384-20



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024136/20

Número do Sinistro: 3200028368

Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA

Data do acidente: 24/07/2017

CPF: 844.228.824-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CICERO DE SOUZA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

Documentação médico-hospitalar

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: 31/01/2020
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024136/20

Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA

Data do acidente: 24/07/2017

CPF: 844.228.824-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CICERO DE SOUZA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

JOSE CICERO DE SOUZA : 844.228.824-49

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: 16/01/2020
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024136/20

Número do Sinistro: 3200028368

Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA

Data do acidente: 24/07/2017

CPF: 844.228.824-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CICERO DE SOUZA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

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: 04/02/2020
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA





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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028368

Vítima: JOSE CICERO DE SOUZA

Data do Acidente: 24/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CICERO DE SOUZA

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 15403055

Pag. 00355/00356 - carta_01 - INVALIDEZ

