



27/08/2020

Número: **0029547-53.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JUAREZ BENICIO DA SILVA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
CLAUDIO DA CUNHA CAVALCANTI NETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67087537	27/08/2020 16:57	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, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146417

Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUAREZ BENICIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15700825





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 Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146417

Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUAREZ BENICIO 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\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JUAREZ BENICIO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000002530-5

Conta: 000001003401-9

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:



DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

027.298.894-42

4 - Nome completo da vítima:

Juaniz Bonício da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2013

5 - Nome completo:

Juaniz Bonício da Silva

6 - CPF:

027.298.894-42

7 - Profissão:

sem

8 - Endereço:

R. P

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ASA Aparecida

12 - Cidade:

Aracruz

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55600-000

15 - E-mail:

181995768288

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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 as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2530

5

CONTA: 1003401

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Div.)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

☐ Sim

teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

30 - Vítima deixou

nascituro (filhos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

☐ Sim

teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

33 - Vítima deixou

parceiro(a) vivo?

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

34 -

Assinatura

legível de

quem assina

o pedido

(a rogo)

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Aracruz 09/12/19

Juaniz Bonício da Silva

42 - Assinatura - Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Autoatendimento
DEPOSITO EM CONTA-POUPANÇA

Banco: 237 Agencia: 2530-5
Data: 10/10/2019 Hora: 11:58 N.Trans: 002424

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 2530-5
Conta: 1003401-9

Titular: JUAREZ BENICIO DA SILVA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Causa (s) tipo(s) de cobertura

☐ OABOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

1 - Nº da inscrição AOC:

2 - CPF do segurado:

4 - Nome completo da vítima:

5 - DADOS DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAIS DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2013

6 - CPF:

7 - Endereço:

8 - Referência:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - Cód.:

16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUANÇA (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:

5330

5

CONTA:

1003401

9

AGÊNCIA:

CONTA:

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 elevação 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.

Somente o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Caso de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(s):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim☐ Não

30 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34 - Assinatura:

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Brazos 09/12/19

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

15001 - 019



Autoatendimento
DEPOSITO EM CONTA-POUPANÇA

Banco: 237 Agencia: 2530-5
Data: 10/10/2019 Hora: 11:58 N.Trans: 002424

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 2530-5
Conta: 1003401-9

Titular: JUAREZ BENICIO DA SILVA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 027.298.894-42 4 - Nome completo da vítima: Juarez Benicio da Silva

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

5 - Nome completo: Juarez Benicio da Silva 6 - CPF: 027.298.894-42
7 - Profissão: nenhum 8 - Endereço: R. P. 9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: NSA Aparecida 12 - Cidade: Buzios 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 995768288

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2530 5 CONTA: 1003401 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Buzios 09/04/2020

Assinatura do titular/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181002075**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2019** às **11:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/8/2019** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA MAJOR APRIGIO DA FONSECA, 01, AVENIDA MAJOR APRIGIO DA FONSECA, VIA LOCAL DA BR 232 - Bairro: SAO SEBASTIAO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JUAREZ BENICIO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JUAREZ BENICIO DA SILVA

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

JUAREZ BENICIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANBROZINA BENICIO DA SILVA Pai: ELIAS FRANCISCO DA SILVA Data de Nascimento: 8/9/1964 Naturalidade: SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2704547/SSP/PE (RG). 02729889442 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: **BAIRRO DE COHAB, 50, RUA P. LOTEAMENTO NOSSA SENHORA APARECIDA/ COHAB - CEP: 0 - Bairro: COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JUAREZ BENICIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHV8821 (PERNAMBUCO/CARUARU)** Renavam: **785564448** Chassi: **9C2JA0420BR069527**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **PROPRIETARIO: LINDALVA LINS DE BARROS**

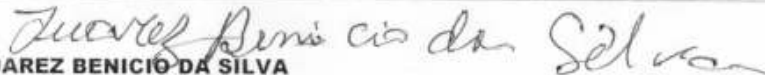
Complemento / Observação

O SENHOR JUAREZ BENICIO DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ONDE PASSOU A DECLARAR



QUE NA DATA ACIMA DESCRITA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO PELA VIA LOCAL DA BR 232, QUANDO NAS PROXIMIDADES DE ANDRE LAJES, UMA OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO ANOTADA, CONDUZIDA POR ALGUÉM DESCONHECIDO, O QUAL COLIDIU COM A MOTOCICLETA DA VITIMA, QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO AS MARGENS DA VIA; QUE O CONDUTOR DESCONHECIDO TAMBÉM CAIU AO CHÃO, E APOS SE LEVANTAR O MESMO SE EVADIU DO LOCAL SEM SER IDENTIFICADO, A VITIMA FICOU CAÍDO AO CHÃO, ONDE AGUARDOU SOCORRO MEDICO, SENDO ESTE SOCORRIDO PELO SAMU EM SEGUIDA LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MEDICOS CONFORME CONSTA NA FICHA DE ATENDIMENTO DE Nº 955.643, NADA MAIS DIGNO A REGISTRAR.

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


JUAREZ BENICIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **CICERO ABÍLIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMI (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

027.298.094-42

4 - Nome completo da vítima

Juarez Benício da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 246/2013

5 - Nome completo:

Juarez Benício da Silva

6 - CPF

027.298.094-42

7 - Profissão:

MECANICO

8 - Endereço:

R. P

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

N. S. A. Aparecida

12 - Cidade:

Belenos

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55660-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 995768288

DADOS CADASTRAIS

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:

☒ RECUZO INFORMAR☐ R\$1.00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assine a uma opção)☒ Bradesco (257)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2530

5

CONTA: 1003401

9

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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

Civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou civil)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

tem filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (filho(a)?)

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima

teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/vivos?

☐ Sim☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 obrigatório

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Belenos 09/12/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/1019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUAREZ BENICIO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000001003401-9

Nr. Autenticação

BRADESCO200420200500000000002370253000000100340194500 PAGO





AVENIDA CÂNDIDO CARNEIRO - NÚM. 1.347 - JARDIM AMARAL - PRÉDIO DE
CEP: 50045-000 - Fone: (51) 3408.591 5195
Inscrição Estadual: 18.1.001-001134-2
CNPJ: 09.789.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 00378867.1

Remetente: INTERMUN

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

ROSA MARIA VIEIRA

R. P. M. 52 - RUA SENHORA APARECIDA REZENDE PR 55440-000

INSCRIÇÃO: 919.130.490.9298.000

GRUPO: 15

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 00378867.1

LIGADO	POTENCIAL	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	REAL /
ALIF151074	03/10/2019	02/11/2019		REAL /
ÁREA	LEIT. ANT.: 64	CONSUMO: 3	ESGOTO	LEIT. ANT.: VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 64			LEIT. ATUAL:	
LEIT. PAT.: 64	SE PARADO		LEIT. PAT.:	

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO	M	L	M	L	M	L	M	L	MÉDIA DE ANÁLISES			
									PARÂMETROS	EXIG. PELO FOR.	ANÁLISES	ATENÇÃO & LOCALIZAÇÃO
08/2019	67	8	8	8	8	8	8	8	TURBIDIDADE	55	54	54
09/2019	67	8	8	8	8	8	8	8	CON. AGRESSIVO	53	54	54
10/2019	67	8	8	8	8	8	8	8	CLORO RESIDUAL	53	53	53
11/2019	67	8	8	8	8	8	8	8	COLIFORMES TOTAIS	53	56	56
12/2019	67	8	8	8	8	8	8	8	5.7011	53	56	56
01/2020	67	8	8	8	8	8	8	8	OBSERVAÇÃO: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA DE SUA LÍNEA ANALÓGICA RESIDUAL (2) OS PARÂMETROS TURBIDIDADE, CONDUCTIVIDADE, CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS CON. AGRESSIVO E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

RESIDENCIAL - 601 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

44,08

MULTA E IMPORTABILIDADE

09/2019

0,88

VIS	44,08	1,45	0,73
COPRIS	44,08	0,45	1,45

15/11/2019

TOTAL A PAGAR:

44,96

Devido por: INTERMUN

Devido em:

28/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0910155
VAZAMENTOS: 0800-0910185

Arpe Agência de Regulação
de Paranaíba

0800-2813844

MATRICULA:

00378867.1

10/2019-7

15/11/2019

TOTAL A PAGAR:

44,96

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CARUAGA - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0135
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019102788071

Escritório: BEZERROS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	
ROSA MARIA VIEIRA R P, N. 50 - NOSSA SENHORA APARECIDA BEZERRAS PE 55660-000 INSCRIÇÃO: 019.130.450.0298.000		00278807.1 10/2019-7	
RESPONSÁVEL		OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00278807.1	
SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO	
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	INDUSTRIAL
1	1	1	1
MIDÍMETRO		DATA LEIT. ANTERIOR	
A11F161074		03/10/2019	
DATA LEIT. ATUAL		TIPO DE COMERCIALIZAÇÃO	
04/11/2019		REAL /	
ÁGUA		ESGOTO	
LEIT. ANT.: 64	CONSUMO: 3	LEIT. ANT.: 0	VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 64		LEIT. ATUAL: 0	
LEIT. FAT.: 64	HD PARADO	LEIT. FAT.: 0	
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA PORT.	
09/2019 4/	3	MS 2.914/11	
08/2019 3/	3	ANÁLISES	
07/2019 4/	3	REALIZADAS	
06/2019 3/	3	ATENDEN A	
05/2019 3/	3	LEGISLAÇÃO	
04/2019 3/	3		
MÉDIA 3/ 0	0		
PARÂMETROS		TUBIDAZ	
TURBIDAZ		53	
COM APARENTE		56	
CLORO RESIDUAL		56	
COLIFORMES TOTAIS		56	
E. COLI		56	
OBSERVAÇÕES:			
(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 96 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO			
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.			
(3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDAZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO			
VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
RESIDENCIAL 601 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
MÚLTA P/IMPONTUALIDADE 09/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

3 M3

44,08

0,88

FAIXA	VALOR R\$	FAIXA	VALOR R\$
PIS	44,08	1,45	0,73
COPINS	44,08	7,40	3,35

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,96

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 28/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

00278807.1

10/2019-7

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR:

44,96

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



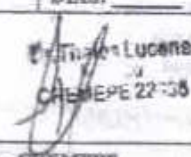


Prefeitura Municipal de Bezerra
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO:
DATA: 23.08.2019	HORA: 14:55			755.643
NOME: MAREZ BENICIO DA SILVA				TELEFONE: 9-9106.4802
NOME DA MÃE: TIMBROZINA BENICIO DA SILVA				IDADE: 59 anos
DATA DE NASCIMENTO: 08/09/1964		ACOMPANHANTE: ROSA MARIU VIEIRA (ESTOJA)		
END.: 701, BAIRRO NOVO		BAIRRO: 201, BAIRRO NOVO, N. 501		
CIDADE: BEZERRAS		SINAIS VITAIS: TA 95 Pulso 7 Rm 20		
PAV 80/100 mmHg	HGT: 141 mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO				
I - Sinal de Emergência imediata				
CLASSIFICAR COMO VERMELHO				
1. <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> FC < 50 ou > 140 bpm <input type="checkbox"/> FR < 10 ou > 32 lpm				
2. <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Enchimento capilar latificado <input type="checkbox"/> Pulso fraco ou ausente <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Sudorese				
3. <input type="checkbox"/> PAS < 80 ou > 200 mmHg <input type="checkbox"/> PAD < 40 ou > 130 mmHg <input type="checkbox"/> HGT < 40 ou > 11 mg/dl <input type="checkbox"/> Convulsão no momento				
4. <input type="checkbox"/> Politraumatismo/Glasgow < 12 <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios				
5. <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> Sangramento intenso				
6. <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Anafilaxia associada à insuficiência respiratória				
II - Sinal de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação				
CLASSIFICAR COMO AMARELO				
1. <input type="checkbox"/> Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 <input type="checkbox"/> TCE leve <input type="checkbox"/> PAS < 90 ou > 180 mmHg <input type="checkbox"/> PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas				
2. <input type="checkbox"/> Febre > 39°C <input type="checkbox"/> Febre com imunodepressão <input type="checkbox"/> Histórico de convulsão nas últimas 24 horas <input type="checkbox"/> Impossibilidade de deambulação				
3. <input type="checkbox"/> Tumor pulmonar <input type="checkbox"/> Mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Vômitos no momento				
4. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% <input type="checkbox"/> Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas				
5. <input type="checkbox"/> Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa				
6. <input type="checkbox"/> Dor Abdominal intensa <input type="checkbox"/> Dor Torácica intensa <input type="checkbox"/> Melenas <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Epistaxe				
7. <input type="checkbox"/> Acidente perfuro-cortante com material biológico <input type="checkbox"/> Crise asmática				
III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo				
CLASSIFICAR COMO VERDE				
1. <input type="checkbox"/> Febre sem outros sinais clínicos < 39°C <input type="checkbox"/> Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora				
2. <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa <input type="checkbox"/> Entorse, suspeita de fraturas, luxações				
3. <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais <input type="checkbox"/> Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia				
4. <input type="checkbox"/> Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Dor de ouvido moderada a grave				
5. <input type="checkbox"/> História de convulsão sem alteração do nível de consciência <input type="checkbox"/> Abscessos <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas				
IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)				
CLASSIFICAR COMO AZUL				
1. <input type="checkbox"/> Queixas crônicas sem alterações agudas <input type="checkbox"/> Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal <input type="checkbox"/> Coriza crônica ou recorrente				
2. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1ª grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas				
3. <input type="checkbox"/> Troca de curativos em retiradas de pontos				
4. <input type="checkbox"/> Administração de medicamento <input type="checkbox"/> Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.				
5. <input type="checkbox"/> Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional <input type="checkbox"/> Solicitação de exames e receitas não urgentes				
6. <input type="checkbox"/> Constipação intestinal sem outros sintomas <input type="checkbox"/> Troca ou retirada de sonda				
CLASSIFICAÇÃO				
<input type="radio"/> Vermelho				
<input type="radio"/> Amarelo				
<input type="radio"/> Verde				
<input type="radio"/> Azul				
Alergias: () NÃO () SIM, à				
ENCAMINHADO:				
Assinatura da enfermeira e carimbo				
ORIENTAÇÕES				
Assinatura da Assistente Social e carimbo				



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO () SIM, A	REGISTRO:
Queixas: <u>queixa de náusea e vômito desde a UIC</u>		
Exame físico: <u>paciente consciente, orientado, hidratado, FC: 82 bpm</u> <u>lesão oral entre a UIC.</u>		
H.D.: <u>paciente em repouso absoluto (alívio da dor)</u>		
CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO		
Condução: <u>relevar</u> <u>2T 9h 30m</u> <u>Capítulo 24, 25, 26, 27</u>		
<div style="position: relative; width: 100%; height: 100%;"> 15:50 </div>		
TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	OBITO
<input type="checkbox"/> Consulta simples <input type="checkbox"/> Consulta e Observação <input type="checkbox"/> Indicação (Internamento)	<input type="checkbox"/> Malhora <input type="checkbox"/> Solicitação <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Indisciplina <input type="checkbox"/> Óbito	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____
		ATESTADO SIM () NÃO () DIAS: ____
Data: <u>23/08/19</u> Hora: _____		 Antônio Carlos Lucena CREMEPE 22735 Médico - CREMEPE (Carimbo)



A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa, também, título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento público do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelas informações que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá se o portador é um trabalhador aguçado ou versátil; se uma profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escada profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marccondes Filho

Número: 73698

Série: 00002



Foto: 13/11/73

Luiz Reni Cio da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 16:57:53
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082716575323700000065811023>
 Número do documento: 20082716575323700000065811023



Num. 67087537 - Pág. 19

A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá se o portador é um temperamento aquietado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escala profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Série 00002

Número

73698



Polegar Direito



Juarez Benício da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
1	705564448	2008	
LUCIDALVA LINS DE BARROS R. ABELARDO BARBOSA 226 CS-NOVA CARUARU CARUARU-PE 55014-500			
433.609.394-55		KHY8821	
9CZJAG420AR069527			
PAS / MOTONETA		GASOLINA	
HONDA/ELIZ 125 ES		2008	
2P/124CL	PARTIC	AMARELA	
1	10VA 2008 OUTUBRO	2008	
V	2008	2008	
A	1	2008	
SEGURO PAGO LIBRO OBRIGATORIO			
AL. FID. BANCO FIVASA SA			
CARUARU - PE			
ET/09/120UB			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
PE Nº 8493371228 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
LUCIDALVA LINS DE BARROS R. ABELARDO BARBOSA 226 CS-NOVA CARUARU CARUARU-PE 55014-500			
433.609.394-55		KHY8821	
BILHETE DE SEGURO DPVAT PE Nº 8493371228			
2008 27/09/2008			
LUCIDALVA LINS DE BARROS		R. ABELARDO BARBOSA 226	
CS-NOVA CARUARU		CARUARU-PE 55014-500	
1	433.609.394-55	KHY8821	
705564448	HONDA/ELIZ 125 ES		
2008	09	9CZJAG420AR069527	
SEGURO PAGO			
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.248.006/0001-04			



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 8493371228 VIA 1 COD. RENAVAM 785564448 PATRIC ***** EXERCICIO 2008 LUCIDALVA LINS DE BARROS R ABELARDO BARBOSA 228 CS-NOVA CARUARU CARUARU-PE 55014-560 CPF/CNPJ 433.609.394-55 PLACA KHV8821 PLACA ANT/VF *****PE CHASSI 9C2JA04208R069527 ESPECIE TIPO PAS / MOTONETA MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES CATEGORIA 2P/124CL CAP/MOT/CL PARTIC AMARELA COTA UNICA 1* VENC/COTAS 1* IPVA 2008 QUITADO 2* PIVA 1* PAVELAMENTO/COTAS 3* PRECISO TAFIARIO (R\$) 10% (R\$) PRECISO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO SEGURO PAGO SEGURO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES AL. FID. BANCO FINASA S/A COVENIO DE CORTA OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA CARUARU-PE DATA 27/09/2008		DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 8493371228 VIA 1 COD. RENAVAM 785564448 PATRIC ***** EXERCICIO 2008 LUCIDALVA LINS DE BARROS R ABELARDO BARBOSA 228 CS-NOVA CARUARU CARUARU-PE 55014-560 CPF/CNPJ 433.609.394-55 PLACA KHV8821 PLACA ANT/VF *****PE CHASSI 9C2JA04208R069527 ESPECIE TIPO PAS / MOTONETA MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES CATEGORIA 2P/124CL CAP/MOT/CL PARTIC AMARELA COTA UNICA 1* VENC/COTAS 1* IPVA 2008 QUITADO 2* PIVA 1* PAVELAMENTO/COTAS 3* PRECISO TAFIARIO (R\$) 10% (R\$) PRECISO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO SEGURO PAGO SEGURO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES AL. FID. BANCO FINASA S/A COVENIO DE CORTA OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA CARUARU-PE DATA 27/09/2008	
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 8493371228 VIA 1 COD. RENAVAM 785564448 PATRIC ***** EXERCICIO 2008 LUCIDALVA LINS DE BARROS R ABELARDO BARBOSA 228 CS-NOVA CARUARU CARUARU-PE 55014-560 CPF/CNPJ 433.609.394-55 PLACA KHV8821 PLACA ANT/VF *****PE CHASSI 9C2JA04208R069527 ESPECIE TIPO PAS / MOTONETA MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES CATEGORIA 2P/124CL CAP/MOT/CL PARTIC AMARELA COTA UNICA 1* VENC/COTAS 1* IPVA 2008 QUITADO 2* PIVA 1* PAVELAMENTO/COTAS 3* PRECISO TAFIARIO (R\$) 10% (R\$) PRECISO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO SEGURO PAGO SEGURO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES AL. FID. BANCO FINASA S/A COVENIO DE CORTA OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA CARUARU-PE DATA 27/09/2008		DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 8493371228 VIA 1 COD. RENAVAM 785564448 PATRIC ***** EXERCICIO 2008 LUCIDALVA LINS DE BARROS R ABELARDO BARBOSA 228 CS-NOVA CARUARU CARUARU-PE 55014-560 CPF/CNPJ 433.609.394-55 PLACA KHV8821 PLACA ANT/VF *****PE CHASSI 9C2JA04208R069527 ESPECIE TIPO PAS / MOTONETA MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES CATEGORIA 2P/124CL CAP/MOT/CL PARTIC AMARELA COTA UNICA 1* VENC/COTAS 1* IPVA 2008 QUITADO 2* PIVA 1* PAVELAMENTO/COTAS 3* PRECISO TAFIARIO (R\$) 10% (R\$) PRECISO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO SEGURO PAGO SEGURO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES AL. FID. BANCO FINASA S/A COVENIO DE CORTA OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA CARUARU-PE DATA 27/09/2008	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200146417 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR. SIDNEY RIBEIRO, CRM/PE Nº 24.840. (PG.04)

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200146417 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114015/20
Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA
CPF: 027.298.894-42
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/08/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JUAREZ BENICIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JUAREZ BENICIO DA SILVA : 027.298.894-42

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: 14/04/2020
Nome: JUAREZ BENICIO DA SILVA
CPF: 027.298.894-42

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

JUAREZ BENICIO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0444901/19
Vítima: JUAREZ BENICIO DA SILVA
CPF: 027.298.894-42
Seguradora: Investprev Seguradora S/A
Data do acidente: 23/08/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JUAREZ BENICIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JUAREZ BENICIO DA SILVA : 027.298.894-42

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: 11/12/2019
Nome: JUAREZ BENICIO DA SILVA
CPF: 027.298.894-42

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JUAREZ BENICIO DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

