



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)	EWERSON 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
67087 537	27/08/2020 16:57	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00009/00010 - carta_01 - INVALIDEZ



00020005

Carta nº 15700825



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

Num. 67087537 - Pág. 1

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

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

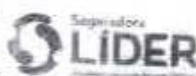
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORT

2 - N° do sinistro ou AIC:

3 - CPF da vítima:

007.298.894-42

4 - Nome completo da vítima:

Juarez Bonicio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/RENDECIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUAP N° 446/2012

5 - Nome completo:

Juarez Bonicio da Silva

6 - CPF:

007.298.894-42

7 - Profissão:

MEIAZ

8 - Endereço:

R. P

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ASA Americana

12 - Cidade:

Brasília

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55000-000

15 - E-mail:

131995768288

16 - Tel. (ddd):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/RENDECIÁRIO 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. Ative-se uma opção)

CONTA CORRENTE (Banco de banco)

Nome do BANCO: _____

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2530

CONTA: 1003401

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito de endírito)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre 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 atende a regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras 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 do segurado, 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/Antecedente

VV/VG

24 - Data do falecimento 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 herdeiro (herdeira)?

Sim

Não

Vivos

Falecidos:

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

Vivos

Falecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou pais/vivos?

Sim

Não

Vivos

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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 -

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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

14 - CÓDIGO (S) tipo(s) de cobertura		<input type="checkbox"/> DANE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE		<input type="checkbox"/> MORTE	
15 - NIF beneficiário (RG):		16 - CPF do beneficiário: 001-298.094-42		17 - Nome completo da vítima: Juarez Bonice de Souza			
18 - LOTE DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/RENTENCIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR AGUPE- M 8/10/2013							
19 - Nome completo: Juarez Bonice de Souza		20 - Endereço: R. P		21 - Número: 50		22 - Complemento: Boguas	
23 - Bairro: Boguas		24 - Cidade: Boguas		25 - Estado: PE		26 - CEP: 50660 000	
						27 - Tel/ID DDI: (81) 995768288	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/RENTENCIÁRIO MÉNOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR							
28 - Nome completo do Representante Legal:							
29 - CPF do Representante Legal:				30 - Profissão do Representante Legal:			
31 - Declaro, cumpre todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).							
32 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:							
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
33 - DADOS BANCÁRIOS:							
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sistema: via os bancos abaixo. Atividade: uma vez)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: 1530		CONTA: 1003401		AGÊNCIA: _____		CONTA: _____	
Inserir o dígito se existir		Inserir o dígito se existir		Inserir o dígito se existir		Inserir o dígito se existir	
34 - Autorizo a Seguradora Lider a emitir na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui direito, reconhecendo e declaro, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.							
35 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE							
<input type="checkbox"/> 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 n.º 6.194/74), uma vez que:							
<ul style="list-style-type: none"> • Não tenho 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. 							
36 - DECLARAÇÃO DE INAPLICABILIDADE DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT							
Sinto e prossigoamento 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, ao custo da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automóvel, conforme o disposto na Lei 6.194/74.							
37 - Declaração que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso acesse o seu conteúdo.							
38 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE							
39 - Estado: Sólo da vítima		40 - Solteiro / Casado (ex-Civil) / Divorciado / Separado Judicialmente / Viúvo		41 - Data do óbito da vítima			
42 - Seu Parentesco com a vítima:		43 - Vítima deixou companheiro(s):		44 - Sim / Não		45 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
46 - Vítima teve filhos? Sim / Não		47 - Se tinha filhos, informar Falecidos:		48 - Sim / Não		49 - Vítima teve irmãos? Sim / Não	
50 - Vítima teve irmãos? Sim / Não		51 - Vítima deixou namorado (ex-namorada): Sim / Não		52 - Vítima teve irmãos? Sim / Não		53 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim / Não	
54 - Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua identidade, 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.							
55 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)				56 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)			
57 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)				58 - Assinatura da testemunha			
59 - Local e Data, _____, Boguas 09/12/19				60 - Nome legível da testemunha: Juarez Bonice de Souza			
61 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				62 - Assinatura do Procurador (se houver)			
63 - Assinatura do Advogado (se houver)				64 - Assinatura do Juiz (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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	027.298.894-42	Juarez Benicio da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SLICEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
Juarez Benicio da Silva		027.298.894-42		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
revisor	R. P	50		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - Tel. (DDP):
NSA Aparecida	Bogéus	PE	55660-000	(81) 995768-288
16 - E-mail:				

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

17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 2530 5		AGÊNCIA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
CONTA: 1003401 9			
(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

<input checked="" type="checkbox"/> 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:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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)	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____
40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha		

42 - Assinatura - Representante Legal (se houver)

1/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

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 - Culposo (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 COMPARCEU 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 CAIDO 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 N° 955.643, NADA MAIS DIGNO A REGISTRAR.

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

Juarez Benicio da Silva
JUAREZ BENICIO DA SILVA
(VITIMA)

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS		Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - N° 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 SUJEITAS ÀS AAC/2013 5 - Nome completo: Juarez Benicio da Silva 6 - CPF: 027.298.894-42 7 - Profissão: MENINO 8 - Endereço: R. P 9 - Número: 50 10 - Complemento: 11 - Bairro: Nova Esperança 12 - Cidade: Bragança 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55060-000 15 - E-mail: (81) 995768288 16 - Tel. (DDRR): (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: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).					
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ativar e informar opção) <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (287) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0530 CONTA: 1003401 <input type="checkbox"/> Inserir o dígito se existir <input type="checkbox"/> Informar o dígito se existir					
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?					
Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 - <input type="checkbox"/> Impossível digitalizar a vítima ou beneficiário, informar 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) 40 - Local e Data, Bragança 09/12/19 Juarez Benicio da Silva <small>Assinatura do cliente/beneficiário (delegado)</small>					
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha					
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) FPF:001 V002/2019					
43 - Assinatura do Procurador (se houver)					



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
BRADESCO2004202005000000000237025300000100340194500 PAGO



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

Num. 67087537 - Pág. 11



AVENIDA CRISTO REDENTOR - KM 1,000 - NARANDUBA - RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 20045-000. Fone: (21) 3400-0511-0198
Comercial: Estadual: 16 1.000-0011334-3
CNPJ: 03.779.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 201501074

Escritório: NARANDUBA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

RIO MARIA VIEIRA
R.F. N. 42 - NOSSA SENHORA APARECIDA - BARRAOS PE 55660-000
INSCRIÇÃO: 019.130.480.0298.000

GRUPO: 15

00278867.1 10/2019-7
OPÇÃO MENS. AUTOMÁTICO: 00378867.1

LIGADO	POTENCIAL	DATA DE CADASTRO	DATA DE REGISTRO	PERÍODO	VALOR
ALLPIE1074	03/16/2018	01/11/2019		REAL /	
ÁREA					
LIMIT. ANT.:	64	CONSUMO:	3	LIMIT. ANT.:	
LIMIT. ATUAL:	64			LIMIT. ATUAL:	
LIMIT. FUT.:	64	ED) PARADO		LIMIT. FUT.:	
ESTATÍSTICO DE CONSUMO		ESTATÍSTICO DE CONSUMO			
CONSUMO	CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMERO DE ANDRÔM	ATENDIMENTO	ESTIMATIVA
00000000	00000000	TURBIDEZ	53	54	54
00000000	00000000	CON. APARENTE	53	54	54
00000000	00000000	CLORO RESIDUAL	53	54	54
00000000	00000000	COLIFORME TOTALE	53	54	54
00000000	00000000	E. COLI	53	54	54
DESCRIÇÃO: (1) CONSUMO TOTAL JUNTO A (2) CONSUMO INDUSTRIAL (3) CONSUMO TOTAL TURBIDEZ TOTAL. ESTIMATIVA TOTAL E CLORO RESIDUAL NÃO INDICAMOS DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (4) OS PARÂMETROS COM TURBIDEZ SÓ INDICAMOS DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO PARÂMETRO VISUAL DA ÁGUA.					
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA		VALOR	
ÁREA					
RESIDENCIAL: 001 (CIDADE)					
CONSUMO DE ÁREA			3 M3		44,78
MULTA E/IMPORTADORES	09/2019				0,00
TÍPICO	44,78	1,45	0,73		
COPESA	44,78	1,45	0,73		
15/11/2019		TOTAL A PAGAR:		44,96	

Emitiu por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	Emitiu em: 20/11/2019
 compesa ATENDIMENTO: 0800-0810195 VAZAMENTOS: 0800-0810195	
 Arpe Agência de Regulação 0800-2813844 00378867.1 10/2019-7 TOTAL A PAGAR: 44,96 VIA COMPESA	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO/RECIFE/PE
CEP: 50040-000. Fone: (81) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-54
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2019102788071

Escritório: BEZERROS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DETALHES DO CLIENTE		DETALHES DA FATURA	
ROSA MARIA VIBIRA R P. N. 50 - NOSSA SENHORA APARECIDA BEZERROS PE 55660-000 INSCRIÇÃO: 015.130.480.0298.000		NATRÍCULA: 00278807.1 10/2019-7 OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00278807.1	
RESPONSÁVEL: FONTE: ÁGUA SUBterrânea			
ESTADO DE ÁGUA LIGADO	ESTADO DE ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ESGOTAS: COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
RESIDENCIAL A11P161074	DATA LEIT. ANTERIOR: 03/10/2019	DATA LEIT. ATUAL: 04/11/2019	TIPO DE CONSUMO/ESEGURO: REAL /
ÁGUA LEIT. ANT.: 64 LEIT. ATUAL: 64 LEIT. FAT.: 64	CONSUMO: 3 HD PARADO	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0
HISTÓRICO DE CONSUMO RESIDENCIAL/CONSUMO:		NÚMEROS DE AMOSTRAS	
09/2019	3/	EXIG. PRLA PORT. MÉDIA 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS
08/2019	3/	53	56
07/2019	3/	53	56
06/2019	3/	53	56
05/2019	3/	53	56
04/2019	3/	53	56
MÉDIA	3/ 0	53	56
OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS: ABSÉNCIA EM 90% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES 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.			
DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2019		3. M3 44,08 0,88	

PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,40	3,35

VENCIMENTO:	15/11/2019	TOTAL A PAGAR:	44,96
-------------	------------	----------------	-------

Emitido por:	INTERNET	Emitido em:	28/11/2019
--------------	----------	-------------	------------

compesa		Arpe Agência de Regulação de Pernambuco
ATENDIMENTO: 0800-0810195 VAZAMENTOS: 0800-0810185		0800-2813844
VENCIMENTO:		NATRÍCULA: 00278807.1 10/2019-7
15/11/2019		TOTAL A PAGAR: 44,96
VIA COMPESA		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		





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



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 755-693	
DATA: 13.08.2019	HORA: 14:55			TELEFONE: 1-9106-9802	
Nome: MAREZ BENÍCIO DA SILVA					IDADE: 59 anos
Nome da mãe: TIMORENTA - BENÍCIO DA SILVA					
Data de Nascimento: 08/09/1960					
END.: 261 BAIRRO NOVO					
CIDADE: BEZERROS	SINAIS VITAIS		240,95 Peso: 70kg Rua 20		
PA: 180 /100 mmHg	HGT: 141 mg/dL	T: 36°C	PESO: 70kg	Técn. Enfermagem/COREN	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apneia O Cianose O Estridor O FC <50 ou >140bpm O PR <10 ou >32 ipsm
- O Extremidades frias O Enchimento capilar lentificada O Peso fraco ou suspeito O PCR O Sudorese
- O PAS < 80 ou >200mmHg O PAD < 40 ou > 130 mmHg HGT < 40 ou > 110 mg/dL O Convulsão no momento
- O Politraumatismo/Glasgow <= 12 O Latargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- O Breuconspiração O Asfixia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TICE leve O PAS < 90 ou > 180mmHg O PAD < 50 ou > 110mmHg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de desambulação
- O Tique persistente O Mucosas rachecadas O Vómitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º graus alle críticas SCQ < 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Mal-estar O Hematímesis O Enterorragia O Epistaxe
- O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crises asmáticas

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sintomas < 39°C O Retorno em período < 24 horas por suspeita de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fratura, luxações
- O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaquecas O Dor de ouvido moderada a grave
- O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcesso O 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

- O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor da garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos em retiradas de pontas
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgente.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e recibos não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- O Vermelho
O Amarelo
O Verde
O Azul

Alergias: () NÃO () SIM, à

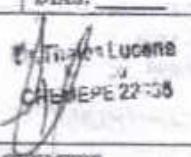
ENCAMINHADO:

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES

Assinatura da Assistente Social e carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: (X) NÃO () SIM, à	REGISTRO:																								
Quaisquer:	Alergia a nôn. cl. levo abu enx. a M&G																									
Exame físico:	TSL com br. abso, apne, ronco, foixas levo abu enx. a M&G																									
H.D.:	Maturu em Perna Esquerda (trem e atrofia)																									
CONDUTA/REAVALIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO																										
Conduta:	Internar 25/07/2020 Capital RJ, clín. 10 M/S/SD																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">TIPO DE CONSULTA</th> <th style="width: 25%;">MOTIVO DA ALTA</th> <th style="width: 25%;">ÓBITO</th> <th style="width: 25%;">ATESTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consulta simples</td> <td>Malhada</td> <td>Date: _____</td> <td>SIM () NÃO ()</td> </tr> <tr> <td>Consulta c/ Observação</td> <td>Solicitação</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicação (Internamento)</td> <td>Transferência</td> <td>Horas: _____</td> <td>DIAS: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Indisciplina</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Óbito</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO	Consulta simples	Malhada	Date: _____	SIM () NÃO ()	Consulta c/ Observação	Solicitação	_____		Indicação (Internamento)	Transferência	Horas: _____	DIAS: _____		Indisciplina				Óbito		
TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO																							
Consulta simples	Malhada	Date: _____	SIM () NÃO ()																							
Consulta c/ Observação	Solicitação	_____																								
Indicação (Internamento)	Transferência	Horas: _____	DIAS: _____																							
	Indisciplina																									
	Óbito																									
Data: 23/07/18		 CRM-EPE 22.58 Médico - CREMEPE (Carimbo)																								
Horas: _____																										



A CARTERA PROFISSIONAL

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

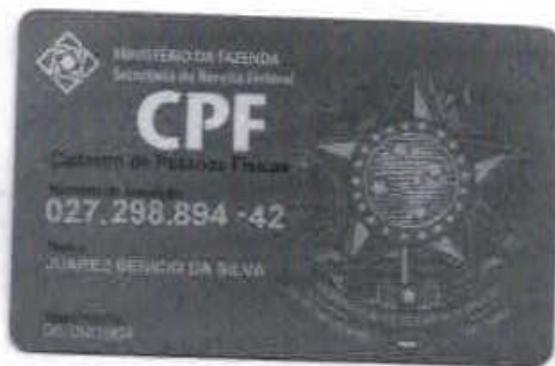
Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título original para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelas lacaunomias que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá no oportuno é um temperamento acreditado ou verdade; se ame a profissão escolhida ou não; se o encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha; ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo à escala profissional. Pode ser um pedaço de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alessandro Mendes Filho







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

Num. 67087537 - Pág. 18



A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por manos 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 à escala profissional. Pode ser um pedão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho





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

Num. 67087537 - Pág. 21

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE		Nº 8493371228	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		SUBJETIVO DE SEGURO DPVAT	
1	70536448	902716575323700000065811023	PE Nº 8493371228
LUCIDALVA LINS DE BARROS R. ABELARDO BARBOSA 226 CS-NOVA CARUARU CARUARU-PE 55014-560		LUCIDALVA LINS DE BARROS R. ABELARDO BARBOSA 226 CS-NOVA CARUARU CARUARU-PE 55014-560	
433-609-394-55		433-609-394-55	
KRY0821		KRY0821	
902716575323700000065811023		902716575323700000065811023	
PAS /MOTONETRA		PAS /MOTONETRA	
HONDA/ATV 125 ES		HONDA/ATV 125 ES	
2012/40	PARTIC	2008	2008
AMARELA		AMARELA	
1	433-609-394-55	2008	27/09/2008
70536448	1001812 125 ES	902716575323700000065811023	902716575323700000065811023
SEGUNDO PAGO 100% OBRIGATÓRIO		SEGUNDO PAGO 100% OBRIGATÓRIO	
AL. FLO. RANCO FINASA SA		AL. FLO. RANCO FINASA SA	
CARUARU-PE		CARUARU-PE	
27/09/2008		27/09/2008	
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ 09.218.888/0001-14			





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

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



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

Num. 67087537 - Pág. 26

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

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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JUAREZ BENICIO DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso



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

Num. 67087537 - Pág. 27