



10/09/2020

Número: **0000944-34.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/07/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERA ANA DOS SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67779735	10/09/2020 16:56	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERA ANA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000022229-2

Nr. da Autenticação 4B829FE6B6E94CC1





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
ICNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 5005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 368 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

03/07/2018	UNICA	25/09/2018
25/09/2018	2000130268	3872821

2278076010	09/2018
02/10/2018	25/10/2018
245,82	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(WWh)	282,00000000	0,75782608	212,29
Acréscimo Bandeira VERMELHA			20,36
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,88
ICMS Subvenção-COE-NF 021882132-26/09/18			1,81
ICMS Subvenção-COE-NF 026728409-26/07/18			1,73
PRO-CRANQA-(081)3412-8950 0850 031 8889			0,09

TOTAL DA FATURA

245,82

IP DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	IP DO	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (MWh)
3015218218	FAIXA	DATA	DATA	3015218218	1,75000		282,00
	CAI	17/09/2018	25/09/2018				

NET 18	262	VALOR DO	%	VALOR DO	%
ADO 18 <td>262</td> <td>SALICADO</td> <td></td> <td>IMPORTE</td> <td></td>	262	SALICADO		IMPORTE	
AL 18 <td>264</td> <td>ICMS</td> <td>232,84</td> <td>25,00</td> <td>58,18</td>	264	ICMS	232,84	25,00	58,18
JUN 18 <td>260</td> <td>PIS</td> <td>232,84</td> <td>1,00</td> <td>2,38</td>	260	PIS	232,84	1,00	2,38
MAR 18 <td>378</td> <td>COPINS</td> <td>232,84</td> <td>4,96</td> <td>10,91</td>	378	COPINS	232,84	4,96	10,91
ABR 18 <td>264</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	264				
MAR 18 <td>372</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	372				
FEV 18 <td>268</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	268				
JAN 18 <td>328</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	328				
DEZ 17 <td>340</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	340				
NOV 17 <td>362</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	362				
OUT 17 <td>262</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	262				
SET 17 <td>278</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	278				

BALANÇO 1747 F 688 8050 0350 5778 5000 1247

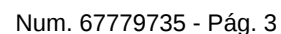
Atenção: O cliente deve estar atento ao prazo de validade da tarifa social de energia elétrica, que é de 12 meses, a partir da data de emissão da fatura. O cliente deve estar atento ao prazo de validade da tarifa social de energia elétrica, que é de 12 meses, a partir da data de emissão da fatura. O cliente deve estar atento ao prazo de validade da tarifa social de energia elétrica, que é de 12 meses, a partir da data de emissão da fatura.

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Valor	De	Valor	Valor	Valor
1500,00	2000,00	300,00	2000,00	2000,00

EXCELSIOR SEGUROS
3 0 NOV. 2018
SEGURO DPVAT





NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA	
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93	 CELPE www.celpe.com.br
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis	

DADOS DO CLIENTE JURANDI DA COSTA SILVA CPF: 749.339.144-00 NIS: 16252697800	DATA DE VENCIMENTO 04/07/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 44,20	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 27/06/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 27/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 067718554	CONTA CONTRATO 007029116665 Nº DO CLIENTE 2016577082 Nº DA INSTALAÇÃO 0005678359
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ROSA MARIA DO NASCIMENTO 1 QD- 24 VILA BELA/SERRA TALHADA 56900-000 SERRA TALHADA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO C5EA.9457.00A5.5A06.F7E6.374C.E3F5.29F2			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18506108	5,55
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,31724757	22,20
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	25,00	0,47587136	11,89
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,03
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,53
TOTAL DA FATURA			44,20

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO
0,00	0,00	39,67
%	%	%
	0,17	0,06
	39,67	0,79
		0,31

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
RS	%	
Geração de Energia	16,52	46,69
Transmissão	2,17	5,47
Distribuição (Celpe)	13,17	33,29
Encargos Setoriais	1,29	3,25
Tributos	0,37	0,93
Perdas de Energia	4,15	10,46
TOTAL	39,67	100

HISTÓRICO DO CONSUMO		
MÊS	ANOS	kWh
JUN 19	125	
MAI 19	118	
ABR 19	109	
MAR 19	108	
FEV 19	101	
JAN 19	106	
DEZ 18	103	
NOV 18	108	
OUT 18	110	
SET 18	94	
AGO 18	85	
JUL 18	84	
JUN 18	36	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL		DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES	
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DESCRÇÃO	CONJUNTO
00000000070830442	CAT		
29/05/2019	3.714,00	27/06/2019	3.839,00
29	1,00000	0,00	125,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 29/07/2019		Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,44	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 29,73. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido no cadastre de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MINIMO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MAXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td></td> <td>231</td> </tr> </table>	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MINIMO		MAXIMO	220	202		231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)										
	MINIMO										
	MAXIMO										
220	202										
	231										

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007029116665	06/2019	44,20	04/07/2019	

83840000006 442000110079 029116665104 140392158537


 Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
 Este canhoto será usado em leitora ótica.


DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francieli da Costa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 749.339.144/00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francieli da Costa Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 749.339.144/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

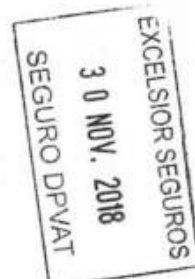
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Francisco Olavo		110	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
IPSEP	Guerra Galhada	PE	56912-130
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		87-9634-4904	

Guerra Galhada, 23 de 11 de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante



DLRL001 V001/2017





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 112

Data e Hora:	01.01.18 20:09	Data Nasc.:	27/07/05	
Nome:	Jaimiel da Costa Silva			
Mãe:	Liana Ana dos Santos			
Profissão:	Mestre	Sexo:	M	
Estado Civil:	—		Escolaridade:	—
Responsável:	Guandy (pai)			
End. do Paciente:	Quadrado 24 lote 01			
Bairro:	U.19 Bela	Município:	STA	
Fone:	9943-5911			
Cartão SUS:	898 0034 0215 8336	Doc. Identidade:		
Raça/Cor:	☐ Preto ☐ Parda ☐ Amarelo ☐ Indígena			

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
-------------------	--------	--------------	-------

História e Exame Físico:

Quem noticiou

Re m 12/10 @ 12:10
Re m 12/10 @ 12:10



Tratamento:

① falo s-to.

② Voltar - 01/11/18

20:30 WB
Welha M. Barros de A. Souza
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 700.432

Impressão Diagnóstica:

① Entorse no torn

Destino do Paciente: Residência ☒ Internado ☐ Transferido ☐

Removido para Hospital

Óbito às hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:

11.12.2.
Dr. Ebenete Antonio da Silva
CPF 882.723.544-20
Médico Traumatologista



CliniK

Endereço: Rua Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,
Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;
CEP: 56903- 440
CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992



Relatório Médico

Informo que o Sr. Janiel da Costa Silva, de 13 anos, foi vítima de acidente de moto por queda, no dia 01/01/2018, fato ocorrido no município de Serra Talhada, na Zona urbana. Foi levado ao HOSPAM onde foi atendido pelo médico Ortopedista plantonista que diagnosticou entorse do tornozelo esquerdo e realizada imobilização com tala bota gessada.

Na avaliação clínica de sequelas constatou-se que o paciente apresenta dor no tornozelo associado a edema leve e limitação do movimento do pé, durante a extensão, de mais ou menos 30 por cento.

Encontra-se de alta definitiva do tratamento com a fisioterapia.

Serra Talhada, 18 de junho de 2019.

Atenciosamente

Ricardo Bruno S. S. Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva
CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Ricardo Bruno
Médico
CRM-PE: 23409



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Cartório do Registro Civil das Pessoas
naturais do 1º Distrito - SEDE

SERRA TALHADA-PE

Ana Maria Pereira de Carvalho Rodrigues

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

José Anchieta de Carvalho Filho

Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais do 1º Distrito, Sede, da Comarca de Serra Talhada PE

Constância Pereira Lima

Escrevente

ANA MARIA PEREIRA DE CARVALHO RODRIGUES - Oficial Maior

JOSÉ ANCHIETA DE CARVALHO FILHO - Substituto

CONSTÂNCIA PEREIRA LIMA - Escrevente

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, sob Nº. 55.631 à fls. 238

do Livro Nº. A-100 de Registro de Nascimentos, encontra-se o assento de

JAINIAL DA COSTA SILVA

nascido a os vinte e sete (27) de julho de dois mil e
cinco (2005), às 04:30 horas, Pronto Socorro

São José, nesta cidade

do sexo masculino filho de Jurandi da Costa Silva

e de Cícera Ana dos Santos, naturais deste Estado

Sendo avós paternos João Estevam da Silva

e dona Maria Inalva da Costa Silva

e maternos Pedro Euenc dos Santos

e dona Maria Ana da Conceição

tendo sido declarante Os genitores DN nº 22664270.

e testemunhas *****

O assento foi feito em 07 de fevereiro de 2006

Observações:



30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

O referido é verdade e dou fé.

Serra Talhada 07 de fevereiro de 2006.

Oficial do Registro Civil



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180565854

Nome do(a) Examinado(a): JAINIEL DA COSTA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ROSA MARIA DO NASCIMENTO , 1 -
QD -24 - SERRA TALHADA /PE - CEP 56912-130

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 10319210 - SDS

Data e Local do Acidente : 01/01/2018

Data e Local do Exame : 17/07/2019 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA
TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

ENTORSE DOM TORNOZELO ESQ

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

TRATAMENTO CONSERVADOR

EDEMA E DOR DISCRETA

ALTA EM JUNHO 2019

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

EDEMA RESIDUAL

DOR DISCRETA A MOBILIDADE

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

EDEMA RESIDUAL

DOR DISCRETA A MOBILIDADE

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal
permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**



caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

TORNOZELO ESQUERDO

% do Dano (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

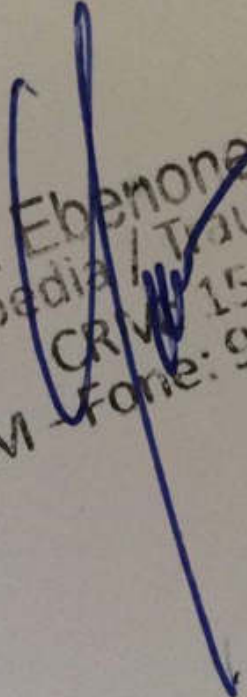
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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




Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE



EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

DE: ROSANA MENEZES
RUA: JOCA MAGALHÃES
661 A
CENTRO
SERRA TALHADA - PE
CEP: 56.903.480



PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

SEDEX

☐ AR

☐ MP

Correios

PESO (kg)

1,42

DY 30549179 0 BR

FC0028/38



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565854 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: ENTORSE DOM TORNOZELO ESQ.

Descrição do exame físico: EDEMA RESIDUAL DOR DISCRETA A MOBILIDADE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR EDEMA E DOR DISCRETA ALTA EM JUNHO 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/07/2019

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JURANDI DA COSTA SILVA**

Nº Sinistro: **3180565854**

Vítima: **JAINIEL DA COSTA SILVA**

Data do Acidente: **01/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565854**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13661176

Pag. 00207/00208 - carta_01 - INVALIDEZ

00020104



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565854

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JURANDI DA COSTA SILVA

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00361/00362 - carta_03 - INVALIDEZ

00050181



Carta nº 13663610





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, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565854

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JURANDI DA COSTA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00041/00042 - carta_03 - INVALIDEZ

00050021



Carta nº 13820341





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, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180565854

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00153/00154 - carta_02 - INVALIDEZ

00020077



Carta nº 14532692





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, 28 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180565854

Vítima: JAINIEL DA COSTA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERA ANA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **CICERA ANA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000022229-2**

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.

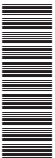
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01299/01300 - carta_15R - INVALIDEZ

00020650



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: Janiel da Costa Silva

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

Nome completo: Fernando da Costa Silva CPF: 449.339.144-00
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Maria do Nascimento 100 Número: 24 Complemento: Casa
Bairro: Vila Bela Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56900-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 87-9634-4907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0914 ☐ CONTA: 35574 ☒
(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data: Serra Talhada 20-11-2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: Janiel da Costa Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Janiel da Costa Silva CPF: _____
Profissão: Estudante Endereço: Rua Maria do Nascimento 124 Número: 24 Complemento: Casa
Bairro: Pila Bela Cidade: Juazeiro do Norte Estado: PE CEP: 56900-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 84-9634-4907

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0914 CONTA: 22229 2 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.

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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 sinistro.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Juazeiro do Norte 18/06/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





EXCELSIOR SEGUROS
01 JUL. 2019
SEGURO DPVAT





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267002370**

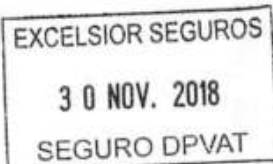
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/06/2018** às **10:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/1/2018** às **19:15**

Fato ocorrido no endereço: **AV. VILA BELA, BAIRRO VILA BELA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO (VITIMA)
JAINIEL DA COSTA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RITA GABRIEL DE OLIVEIRA Pai: **JOÃO BOSCO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **5/11/1981** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9409347/SDS/PE (RG), 70273483498 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 999742885**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 11, QUADRA 45, LOTE 11, VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JAINIEL DA COSTA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CÍCERA ANA DOS SANTOS Pai: **JURANDI DA COSTA SILVA** Data de Nascimento: **27/7/2005** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, QUADRA 24, LOTE 1, VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

21/06/2018 09:45



MOTONETA CC (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MARCA ITALIKA**

POP 100 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEN4332** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **454993927** Chassi: **9C2HB0210CR438109**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SENHOR, JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO, COMUNICANDO QUE POR VOLTA DAS 19H15 DO DIA 01/01/2018, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO MOTONETA, TIPO CINQUENTINHA ACIMA DESCRITO, TRAZENDO NA GARUPA O ADOLESCENTE, JAINIEL DA COSTA SILVA, NA AVENIDA VILA BELA, EM SENTIDO CONTRÁRIO VINHA A MOTOCICLETA POP 100, ACIMA QUALIFICADA, CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO, QUE APARENTEMENTE ESTAVA EMBRIAGADO E COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTONETA, CAUSANDO A QUEDA E OS FERIMENTOS DO NOTICIANTE E SEU PASSAGEIRO; QUE SÓ ACORDOU NO HOSPITAL REGIONAL AGAMENOM MAGALHÃES; QUE DEVIDO AO ACIDENTE SOFREU AMPUTAÇÃO DE UM DEDO DO PÉ ESQUERDO, ALÉM DE TRAUMAS NA CABELA E NO CORPO; QUE JAINIEL QUEBROU UM DOS PÉS; QUE SOUBE QUE O CONDUTOR DESCONHECIDO TAMBÉM FORA SOCORRIDO PARA O HOSPAM. SALIENTO QUE O NOTICIANTE APRESENTOU OS BOLETINS DE EMERGÊNCIA DO HOSPAM N°S 112 E 113, DATADOS DE 01/01/2018, BEM COMO CERTIDÕES DE OCORRÊNCIA DO CORPO DE BOMEIROS MILITAR N°S 013 DOP./2018 E 092 DP./2018.

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

JOSÉ FRANCISCO DE OLIVEIRA NETO
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ADJANIA BARROS DA SILVA**

[Handwritten signature]

221.789-9



21/06/2018 09:45



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: Faínel da Costa Silva

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

Nome completo: Faínel da Costa Silva CPF: 449.339.144-00
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Maria do Nascimento 100 Número: 24 Complemento: Casa
Bairro: Vila Bela Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56900-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 87-9634-4907

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0914 CONTA: 35574 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Serra Talhada 20-11-2018
Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura

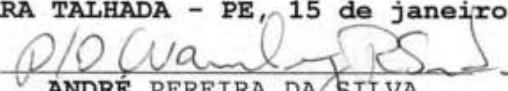


(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 15 de janeiro de 2018.

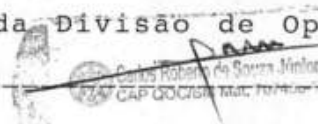

ANDRE PEREIRA DA SILVA
Ten Cel BM Cmt 3º GB

CAP QOC/BM Mat 704015-6



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 013 DOp./2018

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. **JURANDI DA COSTA SILVA**, RG 4.215.538 SDS/PE, CPF 749.339.144-00, residente à Quadra 24, Lote 1, Bairro Vila Bela, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 643 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 19h15min do dia 01 de janeiro de 2018, comandada pelo 3º SGT QBMG 1/950998-4 **HUGO AMORIM VIANA**, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE COLISÃO ENTRE MOTOCICLETAS)**, sendo vitimado o senhor **JAINIEL DA COSTA SILVA**, CN 55631, o qual declarou que era passageiro de uma motocicleta. O acidente ocorreu na Av. Vila Bela, Bairro Vila Bela, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: escoriações nos membros superiores e inferiores e ferimento no membro superior direito, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. Vidal, CRM 7205, prontuário 110. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.


CAP QOC/BM Mat 704015-6

3º Grupamento de Bombeiros. BR 232 (Av. Vicente Inácio de Oliveira), Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada, PE. CEP: 56.906-000.
Fone/Fax: (87) 3831 9382/3831 9383. E-mail: 3gb@bombeiros.pe.gov.br CNPJ: 00.358.773/0017-01.

