



Número: **0000835-20.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **06/07/2020**

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	
FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67779749	10/09/2020 16:59	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

## **Clinik**

**Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,**

**Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada-PE;**

**Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva**

**CRM-PE: 23409;CRM-PB: 9992**

### **Relatório médico**

**Francinaldo Gonçalves da Silva**

*Paciente foi vítima de acidente de trânsito por colisão de moto/moto no dia 14/08/2018. Fato ocorrido no município de Serra Talhada-PE, em via pública.*

*Foi levado ao hospital regional de Serra Talhada (HOSPAM), na qual foi atendido pelo ortopedista e diagnosticado com fratura de costela (arco de costelas direita). Foi medicado e liberado para tratamento ambulatorial.*

*Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exames físicos-clínico visual, sequelas consequente ao trauma na qual foi observada dor aos pequenos esforços, associado a limitação de movimento da região lombar de mais ou menos 40%*

**Alta definitiva de todos tratamentos**

Atenciosamente

*Ricardo Bruno S.S. e Silva*

**Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva**

**CRM-PE: 23409;CRM-PB: 9992**

**Dr. Ricardo Bruno**  
Médico  
CRM-PE: 23409

**Serra Talhada, 28 de fevereiro de 2019**



0388722/18

**CliniK**

Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,

Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992

### Relatório médico

**Francinaldo Gonçalves da Silva;**

Paciente foi vítima de acidente de trânsito por colisão de moto/moto no dia 14/08/2018. Fato ocorrido no município de Serra Talhada- PE, em via pública.

Foi levado ao hospital regional de Serra Talhada (HOSPAM), na qual foi atendido pelo ortopedista e diagnosticado como fratura de costela (arco de costelas direita). Foi medicado e liberado para tratamento ambulatorial.

Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada dor aos pequenos esforços, associada a limitação de movimento da região lombar de mais ou menos 40%

No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.

OBS: Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo no decorrer dos dias.

Atenciosamente

*Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva*

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Dr. Ricardo Bruno

Serra Talhada, 29 de novembro de 2018

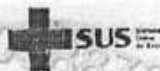
EXCELSIOR SEGUROS

29 NOV. 2018

SEGURO DPVAT



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

109

Data:	14-03-18	Hora:	18:25
Nome:	Francinaldo Gonçalves da Silva		
Nome Social:			
Profissão:	montador		
Nascimento:	05-03-63	Sexo:	masculino
Estado Civil:	casado		
Escolaridade:			
Responsável:			
Mãe:	Nancy Gonçalves da Silva		
Endereço:	Rua Nivaldo de Souza		
Bairro:	Centro	Município:	Itambé
Fone:	9848-4791		
Cartão SUS:	1095-0897-5835		
RGICPE:			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
	Amarela	Indígena	

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

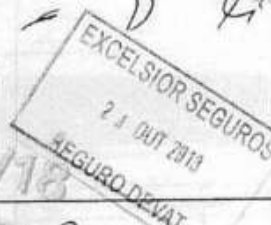
Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Exame gráfico:						
Carimbo e Assinatura:						

### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Tran - Tônax - D	
H. Der - Enguice	
Tratamento:	
Rx de Tônax AP	
Glo + pontos + Rotação t. av	
A. Anel -	
Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:
Ent. Anel -	Dr Eng K de Carvalho
	Traumatologista
	08/03/2019 11:05:42



## CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	<input checked="" type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			
Carimbo e Assinatura:				

## OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- |  |                                    |                          |
|--|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma         | <input type="checkbox"/> LCR       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose           | <input type="checkbox"/> HIV       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ureia             | <input type="checkbox"/> VDRL      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina        | <input type="checkbox"/> CKMB      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma         | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

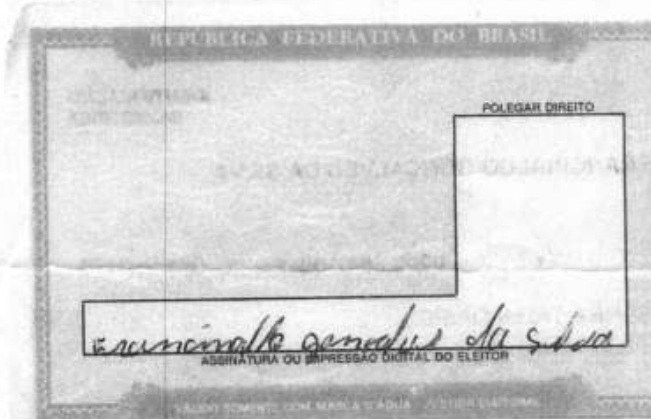
Medicação	Horário	Obs:
1. Dexametasona 2g + AD 017 EV		
2. Voltaren 50mg IM 7 EV	19:10	
Dr. Enzo R. de Carvalho Traumato-Ortopedia CRM 15528		

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VCH  
[Assinatura]







**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº 013727865678  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 815441959 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2018

NOME  
FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA

SERRA TALHADA-PE

CPF / CNPJ  
110.598.384-60

PLACA  
KKK4383

PLACA ANT. / UF  
\*\*\*\*\* / PE

CHASSI  
9C2HA07103R086807

ESPÉCIE TIPO  
PAS / MOTONETA

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

MARCA / MODELO  
HONDA / C100 BIZ E3

ANO FAB. ANO MOD.  
2003 2003

CAP. / POT. / CIL.  
2E / 27CL

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
IPVA 2018 QUITADO

VENC. / COTAS  
1\* \*\*\*\*\*

FAIXA I.R.V.A.  
1

PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\*

2\* \*\*\*\*\*  
3\* \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL  
SERRA TALHADA

DATA  
26/08/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor-Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727865678 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA-PE

EXERCÍCIO  
2018

DATA EMISSÃO  
26/08/18

VIA  
1

CPF / CNPJ  
110.598.384-60

PLACA  
KKK4383

RENAVAM  
815441959

MARCA / MODELO  
HONDA / C100 BIZ E3

ANO FAB.  
2003

CAT. TARE.  
03

Nº CHASSI  
9C2HA07103R086807

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)  
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO  
☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

EXCELSIOR SEGUROS  
26 OUT 2018  
948480 DPVAT



**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:** 3180501768

**Nome do(a) Examinado(a):** FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA JOANA NUNES DE SOUZA, 165 -  
SERRA TALHADA/PE - CEP 56912-182

**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número :** 2818303 - SSP-PE

**Data e Local do Acidente :** 14/08/2018 - SERRA TALHADA

**Data e Local do Exame :** 06/12/2018 RUA DR ERICK RIBEIRO, 324 - SL 02 -  
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA

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

REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR. TEVE ALTA NO DIA 29/11/2018

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

LIMITAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA, MOVIMENTOS DE FLEXÃO E  
INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA RESPIRAÇÃO  
PROFUNDA, CANSAÇO A LEVES ESFORÇOS E DEFORMIDADE  
TORÁCICA

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

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

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA COLUNA TORÁCICA, MOVIMENTOS DE  
FLEXÃO E INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA  
RESPIRAÇÃO PROFUNDA, CANSAÇO A LEVES ESFORÇOS E  
DEFORMIDADE TORÁCICA

**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

TORAX

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

Região Corporal

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

Região Corporal

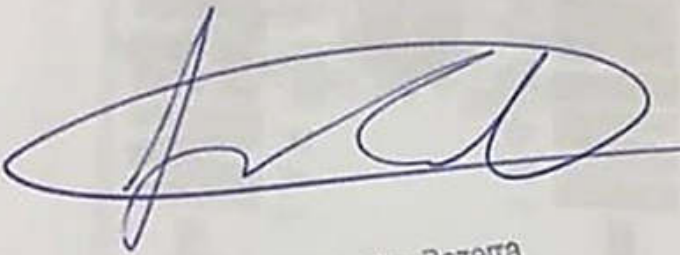
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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. Leonardo Coelho Bezerra  
Médico  
CRM-PE 24897  
CRM-CE 15885

---

LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE



**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:** 3180501768

**Nome do(a) Examinado(a):** FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA JOANA NUNES DE SOUZA, 165 -  
SERRA TALHADA/PE - CEP 56912-182

**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número :** 2818303 - SSP-PE

**Data e Local do Acidente :** 14/08/2018 - SERRA TALHADA

**Data e Local do Exame :** 06/12/2018 RUA DR ERICK RIBEIRO, 324 - SL 02 -  
SALGUEIRO/PE - CEP 56000-000

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA

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

REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR. TEVE ALTA NO DIA 29/11/2018

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

LIMITAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA, MOVIMENTOS DE FLEXÃO E  
INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA RESPIRAÇÃO  
PROFUNDA, CANSAÇO A LEVES ESFORÇOS E DEFORMIDADE  
TORÁCICA

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

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

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA COLUNA TORÁCICA, MOVIMENTOS DE  
FLEXÃO E INCLINAÇÃO DA COLUNA, COM DIFICULDADE PARA  
RESPIRAÇÃO PROFUNDA, CANSAÇO A LEVES ESFORÇOS E  
DEFORMIDADE TORÁCICA

**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

TORAX

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

Região Corporal

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

Região Corporal

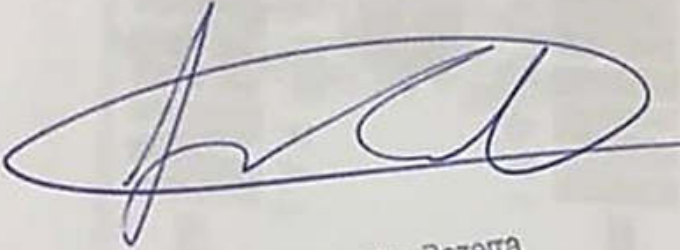
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

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. Leonardo Coelho Bezerra  
Médico  
CRM-PE 24897  
CRM-CE 15885

---

LEONARDO COELHO BEZERRA CRM : 24897 / UF :PE



## DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.



SERRA TALHADA, 06 de Setembro de 2018

X Francisco de Sá de Sá





## DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.



SERRA TALHADA, 06 de Setembro de 2018

X Francisvaldo Genápio de Silva



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190333395 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ARCOS COSTAIS A DIREITA

**Descrição do exame físico:** DOR RESIDUAL POS TRAUMA DE TORAX

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTA FEVEREIRO 2019

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 24/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO PROCESSO E A PERÍCIA REALIZADA, OPTAMOS POR NÃO MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, UMA VEZ QUE ESTA FOI BASEADA EM SINTOMAS SUBJETIVOS (DOR) NÃO COMPROVADOS ATRAVÉS DE EXAMES COMPLEMENTARES E OU RELATÓRIOS MÉDICOS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## Procuração

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

1. Outorgante Francinaldo Gonçalves da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 2.810.303, expedido por SSP/PE, em

29, 10, 1997 inscrito no CPF sob o nº 330.737.164-91, residente na

Rua PREFE Paula Nunes de Souza, nº 165

complemento Casa, Bairro HA BB, cidade

Serra Talhada, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29, 05, 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

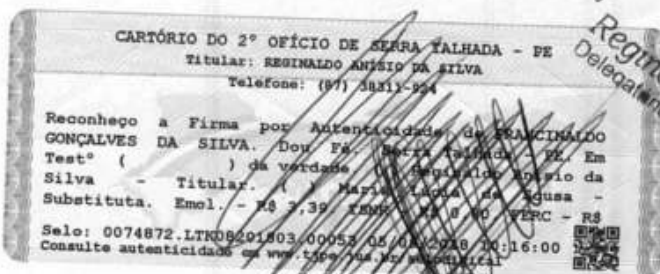
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE

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

Serra Talhada 03 de Setembro de 2018

Outorgante Francinaldo Gonçalves da Silva



Reginaldo Anísio da Silva  
Delegado Titular e Of. do Protesto



## Procuração

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

1. Outorgante Francinaldo Gonçalves da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 2.810.303, expedido por SSP/PE, em

29, 10, 1997 inscrito no CPF sob o nº 330.737.164-91, residente na

Rua PREFE Paula Nunes de Souza, nº 165

complemento Casa, Bairro HA BB, cidade

Serra Talhada, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29, 05, 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

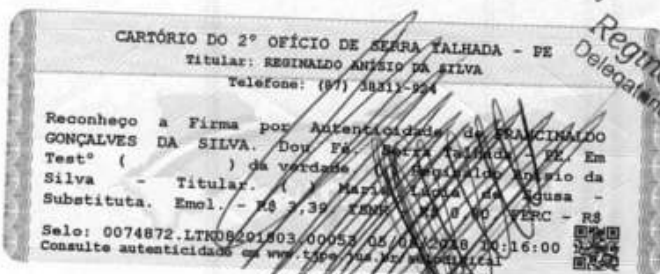
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE

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

Serra Talhada 03 de Setembro de 2018

Outorgante Francinaldo Gonçalves da Silva



Reginaldo Anísio da Silva  
Delegado Titular e Of. do Protesto



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168859/19  
**Vítima:** FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA  
**CPF:** 330.737.164-91  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.  
**Data do acidente:** 14/08/2018  
**Titular do CPF:** FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

#### FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA : 330.737.164-91

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/05/2019  
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE  
CPF: 051.394.744-25

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080380/19

**Vítima:** FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

**CPF:** 330.737.164-91

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 14/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCINALDO  
GONCALVES DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

#### FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA : 330.737.164-91

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2019  
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE  
CPF: 051.394.744-25

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAIANNE SILVA BARBOSA







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333395

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14330703





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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190333395**

**Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA**

**Data do Acidente: 14/08/2018**

**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. 00141/00142 - carta\_02 - INVALIDEZ

00060071



Carta nº 14343676





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333395

Vítima: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00279/00280 - carta\_04 - INVALIDEZ

00060140



Carta nº 14383507



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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

330.737.164-91

Francinaldo Gonçalves da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Francinaldo Gonçalves da Silva		CPF titular da conta 330.737.164-91	Profissão Agricultor
Endereço Rua RPA Joana Nunes de Souza		Número 165	Complemento Casa
Bairro AAB B	Cidade Serra Talhada	Estado PE	CEP 56912-182
Email		Telefone (DDD) 18719634-4907	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO  
Nome  NRO

AGÊNCIA  
NRO.  D/V   
0051  0

CONTA  
NRO.  D/V   
40659  0

AGÊNCIA  
NRO.  D/V

CONTA  
NRO.  D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

S. Talhada, 06 de Setembro de 2018  
Local e Data

Francinaldo Gonçalves da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AG Serra Talhada  
DATA: 24/08/2018 HORA: 10:04:37  
TERMINAL: 09141018 CONTROLE: 091410180306

AGENCIA: 0051 - CARUARU  
CONTA: 013.00040652-0  
CLIENTE: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
10/08	0,00
11/08	0,00
13/08	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
07/08	709,24
10/08	0,26
11/08	1,46
13/08	1,67

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	3,37C
--	--	----------------	-------

Agosto

07/08	000000	COTAS PIS	709,24C
10/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	CRED JUROS	0,01C
13/08	000000	REM BASICA	0,00C
13/08	000000	CRED JUROS	0,01C

RESUMO EM 23/08

SALDO	712,63C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	712,63C
SALDO TOTAL	712,63C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:  CPF da Vítima: **330.737.164-91** Nome completo da vítima: **Francinaldo Gonçalves da Silva**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: **Francinaldo Gonçalves da Silva** CPF titular da conta: **330.737.164-91** Profissão: **Advogado**  
Endereço: **Rua RPA Joana Nunes de Souza** Número: **165** Complemento: **casa**  
Bairro: **AA BB** Cidade: **Serra Talhada** Estado: **PE** CEP: **56912-182**  
Email:  Telefone (DDD): **187** Telefone: **9634-4907**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO: **0051** D/V:  CONTA NRO: **40659** D/V: **0**  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome:  NRO:   
AGÊNCIA NRO:  D/V:  CONTA NRO:  D/V:   
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**S. Talhada**, 06 de **setembro** de **2018**  
Local e Data

**Francinaldo Gonçalves da Silva**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







AUTO-ATENDIMENTO - AG Serra Talhada  
DATA: 24/08/2018 HORA: 10:04:37  
TERMINAL: 09141018 CONTROLE: 091410180306

AGENCIA: 0051 - CARUARU  
CONTA: 013.00040652-0  
CLIENTE: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
10/08	0,00
11/08	0,00
13/08	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
07/08	709,24
10/08	0,26
11/08	1,46
13/08	1,67

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	3,37C
--	--	----------------	-------

Agosto

07/08	000000	COTAS PIS	709,24C
10/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	REM BASICA	0,00C
11/08	000000	CRED JUROS	0,01C
13/08	000000	REM BASICA	0,00C
13/08	000000	CRED JUROS	0,01C

RESUMO EM 23/08

SALDO	712,63C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	712,63C
SALDO TOTAL	712,63C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





0387722/18



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267003310**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2018** às **12:36**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **14/8/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OSVALDO DE GODOY LIMA, 1 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ACADEMIA DAS CIDADES**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)  
FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA (TESTEMUNHA)  
FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA**VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA GONCALVES DA SILVA Pai: SEBASTIAO SALUSTINO DA SILVA Data de Nascimento: 5/3/1963 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2810303/SSP/PE (RG), 33073716491 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MONTADOR Telefones Celulares: - 87999804147**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 165, RUA JOANA NUNES DE SOUZA, AABB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA ALDENORA TIBURTINO DA SILVA Pai: FRANCINALDO GONCALVES DA SILVA Data de Nascimento: 4/3/1995 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9331797/SDS/PE (RG), 11059838460 (CPF), 05972769541 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 165, RUA JOANA NUNES DE SOUZA, AABB - 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)

30/08/2018 12:34



**MOTOCICLETA I (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/C100** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKK4383** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **815441959** Chassi: **9C2HA07103R086807**  
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003**  
Descrição: **BIZ ES**

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

#### Complemento / Observação

O SRº FRANCINALDO GONÇALVES DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE UM CIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DO MESMO QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTONETE RETROMENCIONADA QUE ESTAVA SENDO PILOTADA PELA SUA FILHA DE NOME FRANCIELLY DAYSE TIBURTINO DA SILVA NA AVENIDA OSVALDO DE GODOY LIMA ONDE DE REPENTE UMA OUTRA MOTOCICLETA DE CARACTERISTICAS NÃO ANOTADAS PILOTADA POR UM HOMEM DESCONHECIDO CRUZOU DE VEZ EM OUTRA RUA PARALELA A MENCIONADA AVENIDA HAVENDO ASSIM UMA COLISÃO ONDE TODOS CAÍRAM NA VIA, ONDE POSTERIORMENTE O SENHOR FRANCINALDO FOI LEVADO POR FAMILIARES AO HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES, COMO CONSTA CÓPIA DE BOLETIM DE EMERGÊNCIA DE Nº 109 DAQUELE HOSPITAL, SEM MAIS ENCERRO O PRESENTE BO.

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

*Francinaldo Gonçalves da Silva*  
**FRANCINALDO GONÇALVES DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **WAGNER ALVES DE ALMEIDA** - Matrícula: **320336-0**



30/08/2018 12:34



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Francinaldo Gonçalves da Silva CPF da Vítima: 330.737.169-91 Data do Acidente: 14/08/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Stallada 06 de Setembro de 2018  
Local e Data

Francinaldo Gonçalves da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NÚM. - 00832 - NO  
55A SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 104344237 Jul/2018	
MARIA AIDENORA FIGURTINO DA SILVA			
R. PRFA. JANA NUNES DE SOUZA, N. 00165 - - AABE SERRA TALHADA			
PE 56912-182			
INSCRIÇÃO: 139.847.141.0000-010 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 104344237			
SITUAÇÃO DA ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS (COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA)
LIGADO	POTENCIAL	1	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A12B303/15	14/07/2018	14/08/2018	REAL
ÁGUA:			
LEIT. ANT: 809		CONSUMO: 16	
LEIT. ATU: 825			
LEIT. FAT: 825			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA: CONSUMO			
		NÚMERO DE AMOSTRAS	
PARAMETROS		EXIG. PORT.	ANÁLISES
		MS 2.914/11	REALIZ. A LEGIS
06/2018	17		
05/2018	14		
04/2018	21		
03/2018	13		
02/2018	15		
01/2018	16		
MÉDIA:	16		
Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO			
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
(3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES			
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS			
ÁGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	6 M3	28,44	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2018		1,50	
JUROS DE MORA 05/2018		0,62	
EXCELSIOR SEGUROS			
2 A OUT 2018			
SEGURO PRIVAT			
TÍTULOS			
BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	
69,74	1,65	1,15	
69,74	7,60	5,30	

VENCIMENTO: 25/08/2018

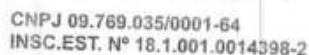
TOTAL A PAGAR: 71,86

MENSAGEM:

EM 31/07/2018, REGISTRAMOS QUE V. SA  
ESTAVA EM DEBITO COM A COMPE- A CASO

12 A TERMO DA AG- DE COMPTER- ECTE AVISO.





ATENDIMENTO: RUA MANOEL PEREIRA DA SILVA - NUM. - 00882 - NO  
SSA SRA DA PENHA SERRA TALHADA PE 56903-490

DADOS DO CLIENTE

MATRICULA: 104344237 Jul/2018

MARIA AIDENORA TIBURTINO DA SILVA

R PRFA JANA NUNES DE SOUZA, N. 00165 - - AADB SERRA TALHADA

PE 56912-182

INSCRICAO: 139.847.141.0000-616 GRUPO: 18 DER AUTOMATICO: 104344237

SITUACAO AGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

RESIDENCIAL

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

COMERCIAL INDUSTRIAL

PUBLICA

LIGADO

POTENCIAL

1

HIDROMETRO

DATA LEIT. ANTERIOR

DATA LEIT. ATUAL

TIPO DE CONSUMO (A/E)

A12B303495

14/07/2018

14/08/2018

REAL

AGUA:

LEIT ANTI: 809

CONSUMO: 16

LEIT ATU: 825

LEIT FAT: 825

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. MS	PORT. 2.914/11	ANALISES REALIZ. A LEGIS
TURBIDEZ	70	70	70
COR APARENTE	70	70	70
COLOR RESIDUAL	70	70	70
COLIF. TOTAIS	70	70	70
E. COLI	70	70	70

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

QBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

(2) OS PARAMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO

RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA

(3) OS PARAMETROS COLI E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES

ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS

AGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

10 M3

41,30

6 M3

28,44

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 06/2018

JUROS DE MORA 05/2018

1,50

0,62

EXCELSIOR SEGURO

24 OUT 2018

SEGURO PRIVAT

TRENTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
P. F. F. F. F.	69,74	1,65	1,15
	69,74	7,60	5,30

VENCIMENTO: 25/08/2018

TOTAL A PAGAR: 71,86

MENSAGEM:

EN 31/07/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA  
ESTABA EN DEBITO CON LA COMPAÑIA CASO

12 A TERRE D'ACQUA DECORATED: KITE-MISSO

EXCELSIOR SEGUROS  
24 OUT 2018  
SEGURO PRIVAT





DADOS DO CLIENTE  
MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 388 710 304-15

IPSEP/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA FE  
50012-130

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

0000000000	UNICA	23/02/2018
23/02/2018	2000138268	38728211

CONTA CORRENTE	INTERMIO
2278076019	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PROPOSTA / PROXIMA CATEGORIA
02/03/2018	26/03/2018
TOTAL A PAGAR R\$:	210,32

## DISTRIBUICAO DA NOTA FINCAZ

Consumo Abaixo (Wh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contribuição de Iluminação Pública	296,00000000	0,68874554	180,59
ICMS Subvenção-CODE-FIN 003194263 - 27/12/17			7,96
Multa por atraso-FIN 003194263 - 27/12/17			2,03
Juros por atraso-FIN 003194263 - 27/12/17			4,58
Atualização IGP-M-FIN 003194263 - 27/12/17			1,90
PRO-CRANÇA-108113412-8960 0800 031 8969			1,77
			0,56

## TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO NOTAS FISCAIS								210,32
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
301021831	CAT	25-01-2018 11 224,00	23-02-2018 11 608,00	28	1,00000		299,00	

Mês/Ano	PCMS	PIS	COPINS	Saldo em Cálculo	%	Saldo em Conta
FIC 18 201						
JAN 18 239						
DEZ 17 340				180,80	36,30	67,84
NOV 17 352				180,80	0,51	1,04
OUT 17 262				180,80	2,30	4,36
SET 17 219						
AGO 17 227						
Jul 17 200						

Descrição	PCMS	PIS	COPINS	Saldo em Cálculo	%	Saldo em Conta
Geração de Energia	18	52,33	27,89			
Transmissão	10	6,42	2,85			
Distribuição (Cadeia)	10	4,08	2,14			
Perdas de Energia	10	52,87	2,73			
Energia Solar	10	17,01	8,19			
Tributos	10	53,87	26,16			
Total	60	198,59	100%			

Consumo Ativo (Watt)	PCMS	PIS	COPINS	Saldo em Cálculo	%	Saldo em Conta

D.40736020

0411B5DC 4BAD 5F0D 15A7 3A0C E413 25C9

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE é a única que você possui com o selamento

COMPANHIA SANEAMENTO DE SÃO PAULO - SANEAS					
Complementos e não pagamento de(s) parcela(s) de energia elétrica(s)					
Vencido 01/02/2018	Débito 29/03/2018	Valor 257,87	Vencido	Débito	Valor

En base de tales presupuestos se debió, afortunadamente, alargar un poco el tiempo, pero como puede verse, ocurrió que incluso los ingresos de propiedad de la SUC y TERAJA, con el apoyo de Nacional. Esto con respecto a la cantidad de dinero que se le dio a la SUC y TERAJA, con el apoyo de Nacional. Esto con respecto a la cantidad de dinero que se le dio a la SUC y TERAJA, con el apoyo de Nacional.

relevar a importância do 2018, o  
primeiro aniversário da criação do  
sistema, para a consolidação do  
crescimento das organizações do  
terceiro setor, sob o lema "uma  
nova estrutura para o bem".  
A 17 OCTUBRO, data escolhida  
para celebrar o aniversário do  
parceirismo, é também o dia  
do Brasil. Para celebrar os dois  
aniversários, o governo  
lançou o projeto de lei  
nº 1.000, de 2018, que  
estabelece o 17 de outubro  
como o Dia Nacional do  
Terceiro Setor.

CONTAS DE RESUMO					CONTAS DE RESUMO	
ESTIMADO	VALOR APURADO	LIMITE	LIMITE TRIBUTARIO	LIMITE ANUAL	TENSÃO NORMAL (N)	
	06/02/2017				USADO	RESERVA
DDO	2000	1,45	5,43	15,00	20,73	
DDO	2000	2,00	2,38	6,73	13,65	
DDO	2000	0,67	3,71	0,00	0,00	
LIMITE DOBRO 12,33					220	231

Linea COTR 11,23



**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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 051.394.944/25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francinaldo Gonçalves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 330.737.164/91 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francinaldo Gonçalves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 330.737.164/91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Procuradora Renda: Recusa e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Francisco Olavo</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>laser</u>
Bairro <u>IPSE</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-930</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>18719634-4907</u>

S. Talhada 06 de Setembro de 2018  
 Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante  
 Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francielly Dayse Tiburtino da Silva,

RG nº 9331797, data de expedição 28/05/2018,  
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 110.598.384-60, com  
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua PREF. Jomara Nunes de Souza, nº 165,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Francielly Tiburtino da Silva, cujo o condutor era  
Francielly Dayse T. da Silva.

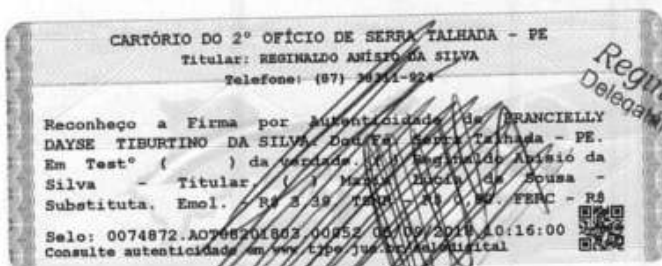
Veículo: PAS / MOTO NETA  
Modelo: HONDA IC100 BIZ ES  
Ano: 2003/2003  
Placa: KKK 9383  
Chassi: 9C2HA07103K086807  
Data do Acidente: 14.08.2018  
Local e Data: Serra Talhada 05/09/2018



Francielly Dayse Tiburtino da Silva  
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



Reginaldo Anísio da Silva  
Delegado Titular e Of. do Protesto

