



10/09/2020

Número: **0000307-21.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **17/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                    |                    | Procurador/Terceiro vinculado       |                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------|
| CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS (AUTOR)            |                    | EDILSA FERREIRA DE SOUZA (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO<br>DPVAT SA (REU) |                    |                                     |                    |
| Documentos                                                |                    |                                     |                    |
| Id.                                                       | Data da Assinatura | Documento                           | Tipo               |
| 67779<br>759                                              | 10/09/2020 17:03   | <a href="#">ANEXO 1</a>             | Outros (Documento) |

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200175130 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: CARLINDO ANTONIO F. DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG E. 381.434, órgão expedidor SDS/PE  
e do CPF: 060.887.014-55, residente no(a) SITIO CANABRAVA  
nº 110, bairro: ZONA RURAL, município: TRIUNFO I. PE

### OUTORGADO:

Nome: EDILSA FERREIRA DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: CASADA  
Profissão: ADVOGADA, portador(a) do RG 4.819-300, órgão expedidor SDS/PE  
e do CPF: 041.021.214-80, residente no(a) PRAÇA JOSÉ KRISTINO JUNIOR  
nº 34, bairro: CENTRO, município: TRIUNFO I. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS, CPF 060.887.014-55, data do acidente: 25/01/20, Cobertura: INVALIDEZ

Local e data: Triunfo/PE, 10 de fevereiro de 2020.

+ Carlindo Antônio F. dos Santos

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, RI, RTD, PJ E PROTESTOS  
PRACA 15 DE NOVEMBRO, 13A - CENTRO - TRIUNFO/PE - FONE: (81) 3848-1378  
ANTONIO GILBERTO BRAS DE SOUZA - TITULAR | EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA - SUBSTITUTO

Reconheço Por Autenticidade a firma de CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS, em 10/02/2020 e dou fé. Em test. M. da verdade. Substituto: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. Emet: 3,61 TSNR0,80 FERC: 0,40. Total: 4,78. Selo: 0073841AHTD1202003.00226.

Consulte Autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/tjpe/digital](http://www.tjpe.jus.br/tjpe/digital)

Edivaneide Menezes de Souza  
Substituta



### DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_  
e do CPF: \_\_\_\_\_, residente no(a) \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, município: \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

### TESTEMUNHAS

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0136805/20

**Vítima:** CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

**CPF:** 060.887.014-55

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/01/2020

**Titular do CPF:** CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### EDILSA FERREIRA DA SILVA ALVES : 041.021.214-80

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

#### CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS : 060.887.014-55

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/05/2020  
Nome: EDILSA FERREIRA DA SILVA ALVES  
CPF: 041.021.214-80

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/05/2020  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

EDILSA FERREIRA DA SILVA ALVES

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES





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, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200175130

Vítima: CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSA FERREIRA DA SILVA ALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

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,

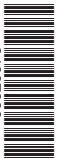
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15773973

Pag. 00157/00158 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020079





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, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200175130

Vítima: CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 25/01/2020, emitido pelo Dr. TAMARA LOPES GONÇALVES CRM nº 27615 - PE, da Instituição UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01165/01166 - carta\_31 - INVALIDEZ

00030583



Carta nº 15786554



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 060.887.014-55 4 - Nome completo da vítima: CARLINDO ANTÔNIO FLORENTINO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: CARLINDO ANTÔNIO FLORENTINO DOS SANTOS 6 - CPF: 060.887.014-55  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO CANABRAVA 9 - Número: 110 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000  
15 - E-mail: DRA.EDILSAFERREIRA@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (85) 98865-9342

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 6861 6 CONTA: 8.003 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Triunfo/PE, 10 de fevereiro de 2020

Carlindo Antônio Florentino dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO -  
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0271000041

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/01/2020 às  
10:30

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que  
aconteceu no dia 25/1/2020 no período da Noite

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA FATAL**  
Fato ocorrido no endereço: **SITIO CANA BRAVA, CASA DE DONA BENEDITA -**  
**TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO,**  
**01, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O PRÓPRIO (AUTOR AGENTE)  
ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS (TESTEMUNHA)  
CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a)  
Sr(a): **CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS**



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

**CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: MARIA DO CARMO BEZERRA DOS SANTOS Pai: LUIZ FLORENTINO DOS**  
**SANTOS Data de Nascimento: 12/6/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL Documentos: 06088701456 (CPF), 03408841447 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)**  
**Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:**  
**- 981838104**

**Residência: SITIO CANA BRAVA - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: RUA**  
**MUNICIPIO DE TRIUNFO, 01, ZONA RURAL - CEP: 54090-000 - Bairro: CENTRO -**  
**TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:**  
**Masculino Mãe: MARIA DO CARMO BEZERRA DOS SANTOS Pai: LUIZ FLORENTINO DOS**  
**SANTOS Data de Nascimento: 12/6/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL Documentos: 06088735438 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU**  
**COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)**  
**Residência: SITIO CANA BRAVA - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: RUA**  
**MUNICIPIO DE TRIUNFO, 01, ZONA RURAL - CEP: 54090-000 - Bairro: CENTRO -**



TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

O PROPRIETÁRIO - Fone da Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PQY2911** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **107441666** Classe:**9C2ND111EPR02952**Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**

## Complemento / Observação

A VITIMA EM TELA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, PARA COMUNICAR QUE TRAFEGAVA POR UMA ESTRADA CARROCAVEL NO SÍTIO CANA BRAVA NESTE MUNICIPIO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA JA DEVIDAMENTE QUALIFICADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL, SEM MAIS PARA O MOMENTO ENCERRO ESTE TERMO.

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

*x Carlindo Antonio S dos Santos***CARLINDO ANTONIO FLORENTINO DOS SANTOS**  
(VITIMA)**ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS**  
(TESTEMUNHA)S.O. registrado por: **RONALDO INACIO DOS SANTOS** - Matrícula: **2211963**

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 060.887.014-55 4 - Nome completo da vítima: CARLINDO ANTÔNIO FLORENTINO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: CARLINDO ANTÔNIO FLORENTINO DOS SANTOS 6 - CPF: 060.887.014-55  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO CANABRAVA 9 - Número: 110 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000  
15 - E-mail: DRA.EDILSAFERREIRA@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (85) 98865-9342

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 6861 6 CONTA: 8.003 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Triunfo/PE, 10 de fevereiro de 2020

Carlindo Antônio Florentino dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50040-902  
CNPJ nº 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-63 | [www.cenpe.com.br](http://www.cenpe.com.br)

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

SI CANABRAVA 110

TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL  
TRIUNFO PE  
56870-000

| Study | Reference |
|-------|-----------|
| 1     | 1         |
| 2     | 2         |
| 3     | 3         |
| 4     | 4         |
| 5     | 5         |
| 6     | 6         |
| 7     | 7         |
| 8     | 8         |
| 9     | 9         |
| 10    | 10        |
| 11    | 11        |
| 12    | 12        |
| 13    | 13        |
| 14    | 14        |
| 15    | 15        |
| 16    | 16        |
| 17    | 17        |
| 18    | 18        |
| 19    | 19        |
| 20    | 20        |
| 21    | 21        |
| 22    | 22        |
| 23    | 23        |
| 24    | 24        |
| 25    | 25        |
| 26    | 26        |
| 27    | 27        |
| 28    | 28        |
| 29    | 29        |
| 30    | 30        |
| 31    | 31        |
| 32    | 32        |
| 33    | 33        |
| 34    | 34        |
| 35    | 35        |
| 36    | 36        |
| 37    | 37        |
| 38    | 38        |
| 39    | 39        |
| 40    | 40        |
| 41    | 41        |
| 42    | 42        |
| 43    | 43        |
| 44    | 44        |
| 45    | 45        |
| 46    | 46        |
| 47    | 47        |
| 48    | 48        |
| 49    | 49        |
| 50    | 50        |
| 51    | 51        |
| 52    | 52        |
| 53    | 53        |
| 54    | 54        |
| 55    | 55        |
| 56    | 56        |
| 57    | 57        |
| 58    | 58        |
| 59    | 59        |
| 60    | 60        |
| 61    | 61        |
| 62    | 62        |
| 63    | 63        |
| 64    | 64        |
| 65    | 65        |
| 66    | 66        |
| 67    | 67        |
| 68    | 68        |
| 69    | 69        |
| 70    | 70        |
| 71    | 71        |
| 72    | 72        |
| 73    | 73        |
| 74    | 74        |
| 75    | 75        |
| 76    | 76        |
| 77    | 77        |
| 78    | 78        |
| 79    | 79        |
| 80    | 80        |
| 81    | 81        |
| 82    | 82        |
| 83    | 83        |
| 84    | 84        |
| 85    | 85        |
| 86    | 86        |
| 87    | 87        |
| 88    | 88        |
| 89    | 89        |
| 90    | 90        |
| 91    | 91        |
| 92    | 92        |
| 93    | 93        |
| 94    | 94        |
| 95    | 95        |
| 96    | 96        |
| 97    | 97        |
| 98    | 98        |
| 99    | 99        |
| 100   | 100       |

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofaseco

|           |            |            |
|-----------|------------|------------|
| 097008957 | 2018/01/20 | 10/01/2020 |
| 097008957 | 2018/01/20 | 10/01/2020 |
| 097008957 | 2018/01/20 | 10/01/2020 |

|                      |            |
|----------------------|------------|
| GENCO Identification | Reference  |
| 7034858995           | 01/2020    |
| 17/01/2020           | 07/02/2020 |
| 88,88                |            |

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

|                                          | ORÇAMENTO  | PREGO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Consumo Abov(VM)-TUSD                    | 79.0000000 | 0,42668182  | 33,41       |
| Consumo Abov(VM)-TE                      | 78.0000000 | 0,35875625  | 27,26       |
| Acréscimo Bandeira AMAELA                |            |             | 1,46        |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |             | 7,13        |
| Multa por atraso-NF 088028102 - 13/12/18 |            |             | 0,36        |
| Juros por atraso-NF 088028102 - 13/12/18 |            |             | 0,04        |
| Avaliação ICMS-NF 088028102 - 13/12/18   |            |             | 0,01        |

## TOTAL CA FAT DA

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA MOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |           | ATUAL      |           | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|--------|---------------|
|               |                | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   |            |           |        |               |
| 002932        | CAT            | 16-10-2019 | 19.739,20 | 10-01-2020 | 19.806,20 | 27         | 7,0000    |        | 76,00         |

| Mês/Ano |    |  | VALOR DE<br>SALGADO | % | VALOR DO<br>IMPORTE | COMPOSIÇÃO DO VALOR DESPESAS                |     |       |        |
|---------|----|--|---------------------|---|---------------------|---------------------------------------------|-----|-------|--------|
| JAN/09  | 78 |  |                     |   |                     | Geração de Energia                          | R\$ | 18,30 | 32,80% |
| FEV/09  | 30 |  |                     |   |                     | Transmissão                                 | R\$ | 2,30  | 3,60%  |
| NOV/10  |    |  |                     |   |                     | Distribuição (Cabo)                         | R\$ | 13,25 | 21,91% |
| OUT/18  |    |  |                     |   |                     | Perdas de Energia                           | R\$ | 4,20  | 6,67%  |
| DEI/19  |    |  |                     |   |                     | Energias Renováveis                         | R\$ | 3,13  | 5,12%  |
| AGO/18  |    |  |                     |   |                     | Tributos                                    | R\$ | 18,38 | 30,41% |
| AA/18   |    |  |                     |   |                     | Total                                       | R\$ | 55,53 | 100%   |
| JUN/18  |    |  |                     |   |                     | TOTAL DA DESPESA                            |     |       |        |
| MAI/18  |    |  |                     |   |                     | Consumo Abito (Unidade Consumo Mensal) - TE |     |       |        |
| ABR/18  |    |  |                     |   |                     | 0,29800000<br>0,29800000                    |     |       |        |
| FEV/18  |    |  |                     |   |                     | RESUMO DO ANO                               |     |       |        |
| NOV/17  |    |  |                     |   |                     | 29CG 9810 88F9 7147 8377 3E3B FAAA 4954     |     |       |        |

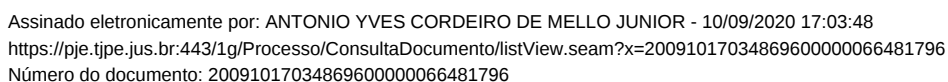
2017 中国统计年鉴

[illegible][illegible]

| TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS |                |               |               | TENSÃO E TENSÃO |                    |                        |
|----------------------------------------|----------------|---------------|---------------|-----------------|--------------------|------------------------|
| CONJUNTO                               | VALOR APLICADO | LIMITE MINIMO | LIMITE MAXIMO | LIMITE ADJUS.   | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
| INC                                    | 0,00           | 0,00          | 0,00          | 0,00            | 220                | 202                    |
| PAR                                    | 0,00           | 0,00          | 0,00          | 0,00            |                    | 231                    |
| SEMI                                   | 0,00           | 0,00          | 0,00          | 0,00            |                    |                        |

Levée IACM: 2,00 ELBO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 12,97

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| 7034850095     | 01/2020 | 17/01/2020         | 68,66               |



**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/BIBLIOTECASWEB/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 EDILSA FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.021.214 / RO, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLINDO ANTÔNIO F. DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.888.014 / 55, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLINDO ANTÔNIO F. DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.888.014 / 55, 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<br><u>PRAÇA JOSÉ VERÍSSIMO JÚNIOR</u> |                          | Número<br><u>34</u>                 | Complemento<br><u>SALA 1</u>                     |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>                        | Cidade<br><u>TRIUNFO</u> | Estado<br><u>PE</u>                 | CEP<br><u>56.870-000</u>                         |
| Email<br><u>DRA.EDILSA FERREIRA@GMAIL.COM</u>  |                          | Telefone comercial(DDD)<br><u>9</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(81) 98865-9342</u> |

Triunfo PE, 10 de fevereiro de 2020  
Local e Data

Edilsa Ferreira da Silva  
Assinatura do Declarante

DLDR01 V001/2017





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

56

35a

|                                                                                                                             |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Data e Hora: 25/10/20 00:30                                                                                                 | Nº. Ocorrência            |
| Nome: Carlino Antonio F. Santos                                                                                             | Data Nascimento: 13/06/84 |
| Profissão:                                                                                                                  | Sexo: M Doc. Ident.:      |
| End.: Sítio Para Bocara                                                                                                     |                           |
| Responsável: S. murilo                                                                                                      |                           |
| End/Fone: 20.348-11 0677 00021                                                                                              | (81) 98199460             |
| Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> |                           |
| Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>                                                         |                           |

|                   |        |              |
|-------------------|--------|--------------|
| Pressão Arterial: | Pulso: | Temperatura: |
|-------------------|--------|--------------|

### Histórico e Exame Físico:

Paciente vítima de acidente de moto.  
Sem TCE. ECG 15

### Tratamento:

- 1) Antinepric e Antibio de Clavato em bolus 1g
- 2) Dipirona 2AMP + AD, EV
- 3) Cefazolin 1g. 2AMP + AD, EV. 4h

### Impressão Diagnóstica:

Queda de moto

Dr. Tâmara Lopes Gonçalves  
Médica  
CRM-PE 27.615

Destino do Paciente  
Removido para Hospital

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 17:03:48  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091017034869600000066481796>  
 Número do documento: 20091017034869600000066481796

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA**

**DETRAN - PE** N° **014960452052**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 1 COD. RENAVAM: 1074416667 RANTRO: 0000000000 EXERCÍCIO: 2019

NOVA: **ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS**

TRIMUNFO-PE

CHASSI: 060.887.354-20 PLACA: PGY2911

PLACA/ANT/UF: 0000000000 CHASSI: 9C2ND1110ER029852

ESPECIE TIPO: PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL: ALCO/930L

MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300 ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

CAP.VOT.CIL: 2P/291CL CATEGORIA: PARTIC CORRESPONDENTE: PRETA

COTA ÚNICA: 12PVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1º ANO: 2º ANO: 3º ANO:

PAGAMENTO: 60.11 0.22 84.68 DATA DE PAGAMENTO: 16/01/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

Assinado eletronicamente por: **Roberto Carlos Moreira Fontelles** DATA: 28/01/20

**Roberto Carlos Moreira Fontelles**  
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

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

**PE N° 014960452052 BILHETE DE SEGURO DPVAT**  
**ANTONIO CARLOS FLORENTINO DOS SANTOS**

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

TRIMUNFO-PE EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 28/01/20

VIA: 1 CHASSI: 060.887.354-20 PLACA: PGY2911

RENAVAM: 1074416667 MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300

ANO FAB: 2015 COTA ÚNICA: 09 VENC. COTA ÚNICA: 9C2ND1110ER029852

**PRÊMIO TARIFARIO**

|                                     |                          |                       |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| PREMIO TARIFARIO (R\$)              | DETRAN (R\$)             | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| 36.05                               | 4.01                     | 40.06                 |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)              | TOP (R\$)                | TOTAL DO SEGURO (R\$) |
| 4.15                                | 0.32                     | 44.58                 |
| COTA ÚNICA                          | PAGAMENTO                | DATA DE QUITAÇÃO      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16/01/19              |

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.246.808/0001-04

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

