

---

**Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190348923**

**Vítima: JOSE ELOI DINIZ**

**Data do Acidente: 15/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348923

Vítima: JOSE ELOI DINIZ

Data do Acidente: 15/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 680,40

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

Graduação: Complemento por reanálise 7.2%

% Invalidez Permanente DPVAT: (7.2% de 70%) 5,04%

Valor a indenizar: 5,04% x 13.500,00 = R\$ 680,40

Recebedor: JOSE ELOI DINIZ

Valor: R\$ 680,40

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000065566-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 319.828.914-91 Nome completo da vítima: JOSE ELOI DINIZ

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

Nome completo: JOSE ELOI DINIZ CPF: 319.828.914-91  
Profissão: AGRICULTOR Endereço: SITIO SANTA CLARA Número: 230 Complemento: CASA  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE Estado: PE CEP: 56.895-000  
E-mail: ALRECKSONGOMES@BOL.COM.BR Tel.(DDD): (87) 98866-8988

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

## DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 65.566 0  
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
**ARJANA SEGURADORA**  
28 MAI 2013  
Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101  
OUVIDORIA 0000 725 7474

140-607114004-1

28/MAI/2019

HORA DE 09:08:26

LOT: 15.014818-6

TERM: 017363

LOCALIDADE: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

AG. VINCULADA: 0914

CONTROLE: 182951528

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0914 013 00065566-0

JOSE ELOI DINIZ

VALOR

: R\$ 1.000,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

140-607114004-1

1ª VIA

ARUANA SEQUEIRADORA  
28 MAI 2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 319.828.944-91 Nome completo da vítima: JOSE ELOI DINIZ

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

Nome completo: JOSE ELOI DINIZ CPF: 319.828.944-91  
Profissão: AGRICULTOR Endereço: SITIO SANTA CLARA Número: 290 Complemento: CASA  
Assim: STA CRUZ DA BAIXA VERDE - RUA Cidade: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE Estado: PE CEP: 56.895-000  
E-mail: ALCKSONGOMES@3OL.COM.BR Tel. (DDD): (87) 98866-8988

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0944 CONTA: 65.566 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_



(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190348923  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Elói Diniz  
Endereço do(a) Examinado(a): Si Sta Clara, 290 290  
Zona Rural Santa Cruz da Baixa Verde PE CEP: 56895-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 2629665  
Data local do acidente: [ 15/03/2019 ]  
Data local do exame: [ 09/08/2019 ] Serra Talhada [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO  
FRATURA DE MÃO ESQUERDA**

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

**Tratamento: REALIZADO CIRURGIA DE FÊMUR COM PLACA E PARAFUSOS  
REALIZADO FIXAÇÃO POR FIOS  
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.  
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO DE MOBILIDADE DA MÃO ESQUERDA E ALTERAÇÃO DE APREENSÃO, APRESENTA ENCURTAMENTO NO MÊMBO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MÊMBO INFERIOR ESQUERDO.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

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

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA.  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MÊMBO INFERIOR ESQUERDO.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MÊMBO INFERIOR - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**MÃO - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

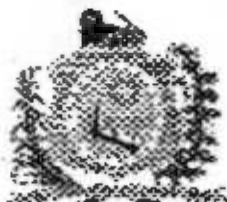
Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Chenone A. Silva  
CRM: 15.122  
Ortopedia-Traumatologia  
Hospital São Francisco



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DA  
BAIXA VERDE - DP183ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0273000132**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/04/2019** às  
**08:59**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)**  
que aconteceu no dia **16/3/2019** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO SANTA CLARA, PE -385 PROXIMO A  
CONSTRUÇÃO DA ESCOLA NOVA - SANTA CRUZ DA BAIXA  
VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA  
BAIXA VERDE, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA  
VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE )  
JOSÉ ELOI DINIZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ELOI  
DINIZ**



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

**JOSÉ ELOI DINIZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EXPEDITA  
CAROLINA DOS SANTOS Pai: JOÃO ELOI DINIZ Data de Nascimento: 6/3/1954 Nacionalidade:  
PRINCESA ISABEL / PARANÁ / BRASIL Documentos: 2628688/SSP/PE (RG), 31082881421  
(CPF), 03388228877 (CNH) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU  
INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 982735888**

Residência: **SÍTIO SANTA CLARA - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO  
/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 200 - CEP:  
52066-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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



Diego Borba de L. Silva  
Titular

Rua Carolina Campos, 200 | Centro  
Santa Cruz da Baixa Verde/PE  
Fone: (87) 3846-4011

Autentico a presente cópia representativa extraída nesta  
serventia, que confere com a original. Dou fé, 20 de  
maio de 2019 em tesº da verdade.  
Carlos Eduardo G. Souza (Substituto) Emol.: R\$ 3,07 TSNR:  
R\$ 0,58 FERM: R\$ 0,03 FUNSEG: R\$ 0,01 PG: R\$ 0,34

Selo: 0160192.2M05201902.00031 20/05/2019 09:12:25  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

27/04/2019 08:52



**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(s): **JOSÉ ELOI DINIZ**, que estava em posse do(s) Sr(s): **JOSÉ ELOI DINIZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **N3.**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV0760** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: **102910623** Chassi: **9C2KD05602R401601**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCOOL/ASOL**

### Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ELOI COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE O FATO OCORREREA NA PE-365 NA ALTURA DA ESCOLA NOVA QUE AINDA ESTÁ EM CONSTRUÇÃO PRÓXIMO A ENTRADA DA CIDADE. RELATA QUE VINHA NA REFERIDA RODOVIA NO SENTIDO SÍTIO SANTA CLARA / SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE. QUE EM DADO MOMENTO UM OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SUA FRENTE SEM SINALIZAR FEZ UMA MANOBRA PRA ENTRA À ESQUERDA E COM ISSO O SENHOR JOSÉ ELOI COLIDIRA NESTE VEÍCULO. COM O IMPACTO DA BATIDA CAIU ÀS MARGENS DA RODOVIA, FORA SOCORRIDO PELOS OCUPANTES DESTA VEÍCULO QUE AÇIONARAM A AMBULÂNCIA DO HOSPITAL LOCAL. O SENHOR JOSÉ ELOI RELATA QUE LOGO APÓS CHEGARAM NESTA AMBULÂNCIA O MOTORISTA SAMUEL E CIDA DE PETROLINA, TENDO LHE LEVADO DIRETO PARA O HOSPITAL EM SERRA TALHADA. AFIRMA QUE NÃO CONHECE AS PESSOAS QUE ESTAVAM NO VEÍCULO NO QUAL COLIDIU. QUE DESTA QUEDA SOFRERA FRATURA NA PERNA ESQUERDA E DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA, TENDO SIDO SUBMETIDO A CIRURGIA. POR TAIS MOTIVOS PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REFERIDO REGISTRO.

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

JOSÉ ELOI DINIZ  
(VITIMA)

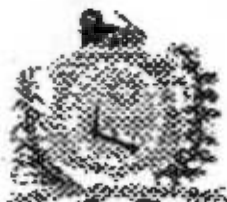
*José Eloi Diniz*

B.O. registrado por: **EDILANILTON LEITE DA SILVA - MAT.221.496-2** - Matrícula: **221496-2**

*Edilanton Leite da Silva*







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DA  
BAIXA VERDE - DP183°CIRC DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0273000132**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/04/2019** às  
**08:59**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)**  
que aconteceu no dia **16/3/2019** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO SANTA CLARA, PE -385 PROXIMO A  
CONSTRUÇÃO DA ESCOLA NOVA - SANTA CRUZ DA BAIXA  
VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA  
BAIXA VERDE, 1 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA  
VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE )  
JOSÉ ELOI DINIZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ELOI  
DINIZ**



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

**JOSÉ ELOI DINIZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EXPEDITA  
CAROLINA DOS SANTOS Pai: JOÃO ELOI DINIZ Data de Nascimento: 6/3/1954 Nacionalidade:  
PRINCESA ISABEL / PARANÁ / BRASIL Documentos: 2628688/SSP/PE (RG), 31082881421  
(CPF), 03388228877 (CNH) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU  
INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 982735299**

Residência: **SÍTIO SANTA CLARA - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO  
/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 200 - CEP:  
52066-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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



Diego Borba de L. Silva  
Titular

Rua Carolina Campos, 200 | Centro  
Santa Cruz da Baixa Verde/PE  
Fone: (87) 3846-4011

Autentico a presente cópia representativa extraída nesta  
serventia, que confere com a original. Dou fé, 20 de  
maio de 2019 em tesº da verdade.  
Carlos Eduardo G. Souza (Substituto) Emol.: R\$ 3,07 TSNR:  
R\$ 0,58 FERM: R\$ 0,03 FUNSEG: R\$ 0,01 PG: R\$ 0,34

Selo: 0160192.2M05201902.00031 20/05/2019 09:12:25  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

27/04/2019 08:52

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(s): **JOSÉ ELOI DINIZ**, que estava em posse do(s) Sr(s): **JOSÉ ELOI DINIZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **N3.**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8768** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: **192910623** Chassi: **9C2KD8660ER401601**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCOOL/ASOL**

### Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ELOI COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE O FATO OCORRERNA NA PE-365 NA ALTURA DA ESCOLA NOVA QUE AINDA ESTÁ EM CONSTRUÇÃO PRÓXIMO A ENTRADA DA CIDADE. RELATA QUE VINHA NA REFERIDA RODOVIA NO SENTIDO SÍTIO SANTA CLARA / SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE. QUE EM DADO MOMENTO UM OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SUA FRENTE SEM SINALIZAR FEZ UMA MANOBRA PRA ENTRA À ESQUERDA E COM ISSO O SENHOR JOSÉ ELOI COLIDIRA NESTE VEÍCULO. COM O IMPACTO DA BATIDA CAIU ÀS MARGENS DA RODOVIA, FORA SOCORRIDO PELOS OCUPANTES DESTA VEÍCULO QUE AÇIONARAM A AMBULÂNCIA DO HOSPITAL LOCAL. O SENHOR JOSÉ ELOI RELATA QUE LOGO APÓS CHEGARAM NESTA AMBULÂNCIA O MOTORISTA SAMUEL E CIDA DE PETROLINA, TENDO LHE LEVADO DIRETO PARA O HOSPITAL EM SERRA TALHADA. AFIRMA QUE NÃO CONHECE AS PESSOAS QUE ESTAVAM NO VEÍCULO NO QUAL COLIDIU. QUE DESTA QUEDA SOFRERA FRATURA NA PERNA ESQUERDA E DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA, TENDO SIDO SUBMETIDO A CIRURGIA. POR TAIS MOTIVOS PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA O REFERIDO REGISTRO.

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

JOSÉ ELOI DINIZ  
(VITIMA)

*José Eloi Diniz*

B.O. registrado por: **EDILANILTON LEITE DA SILVA - MAT.221.496-2** - Matrícula: **221496-2**

*Edilanton Leite da Silva*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 319.828.914-91 Nome completo da vítima: JOSE ELOI DINIZ

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

Nome completo: JOSE ELOI DINIZ CPF: 319.828.914-91  
Profissão: AGRICULTOR Endereço: SITIO SANTA CLARA Número: 230 Complemento: CASA  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE Estado: PE CEP: 56.895-000  
E-mail: ALRECKSONGOMES@BOL.COM.BR Tel.(DDD): (87) 98866-8988

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

## DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 65.566 0  
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
**ARUANA SEGURADORA**  
28 MAI 2013  
Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº:

96

Data: 15.03.19

Hora: 14:16

Nome: Jov. Eloc Diniz

Nome Social:

Profissão: agricultor

Idade: 06.03.54

Sexo: Male

Estado Civil: divorciado

Cor:

Responsável:

Endereço: Estrada Carolina dos Santos

Cidade: Olho Santa Clara

UF:

Município: S. Luiz B. Veloso

Fone: 9.8873-5800

RG/CPF: 400.3039.1412.5340

Raça/Cor:

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Sinais/Queixa:

Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Exame:

Carimbo e Assinatura:

EXAME FÍSICO

História e Exame Físico:

Trauma em Cox. E + Moe E + Torx  
E. L. Oil  
Dx + Etx. Emprego. Correl. Oil  
inicial em trauma de m. E com pt. d.

Tratamento:

1. subtorção  
Rx d Cox. E AP. Puy  
Rx d Torx AP  
Rx d Moe E AP. Puy

Hipótese Diagnóstica:

1. Fratura Proximal E  
5. Fratura E

Carimbo e Assinatura:

Dr. Émo K. de Carvalho  
Traumatologia  
CRM 10526

ARUANA REGISTRADA  
28 MAI 2019

Data:

ASSINATURA - CPF

24/04/2019

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1386530264

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP: 50050-902  
CNPJ: 10.885.332/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005543-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 383 0142  
Ouvidoria 0800 282 5595  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 0167 -  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157 -  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE:  
JOSE ELOI DINIZ

DATA DE VENCIMENTO  
24/04/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL

16/04/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

16/04/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

058417712

CONTA CONTRATO  
1431313029

CLASSIFICAÇÃO  
RESIDENCIAL  
Monofásico  
01

## ENDEREÇO

ST. STA CLARA 290 - STA CRUZ DA  
BAIXA VERDE - RURAL/SANTA CRUZ  
DA BAIXA VERDE RURAL - 56895-000  
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE -

TOTAL A PAGAR  
R\$ 20,71

## PERÍODO CONSUMO

19/03/2019 a 16/04/2019

## CONSUMO

30

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

## CONTA CONTRATO

1431313029

## MÊS/ANO

04/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 20,71

## VENCIMENTO

24/04/2019

## TALÃO DE PAGAMENTO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838800000003 207100110010 431313029108 139274056137



ARUANA SEGURADORA  
28 MAI 2019



NOTA FISCAL - PAGAR - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | fones. Est. 0035613-93 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

**DADOS DO CLIENTE**  
AGENOR GOMES DA SILVA

**EDIFICIO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA AGAMENON MAGALHÃES 177

CPF 091 269.374-68

CENTRO/SANTA CRUZ BAIXA VERDE  
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE  
58895-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

058823441	UNICA	17/04/2018
17/04/2018	2000248817	3406906

CONTR. CONTRATO	0468144018	MES/ANO	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	25/04/2019	CONTR. PREVID. PESSOAL LEV. PRA	17/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)		162,90	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (kWh)	121,0000000	0,77338862	133,87
Contrib. Ilum. Pública Municipal			21,00
ICMS Subvenção-CDE-MF 051160557-12/02/19			1,27

TOTAL DA FATURA

162.90

ADMINISTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS DE CONSTATANTE	CONSUMO (KWH)
Nº 7033	CAT	DATA 20.03.2019	LEITURA 51.445,00	DATA 17.04.2019	LEITURA 51.828,00	1.0000	181,00

**COMPARAÇÃO DO CONSUMO**

PERÍODO	CONSUMO (KWH)
JAN 19	100
MAR 19	100
FEVER 19	100
JAN 18	100
DEE 18	100
NOV 18	100
OUT 18	100
SET 18	100
AGO 18	100
JUL 18	100
JUN 18	100
MAI 18	100
ABR 19	100

	BASE DE CÁLCULO	%	MAIOR DO IMPOSTO
JCM	139,37	25,00	34,89
PIB	139,87	1,36	1,88
COTING	139,87	8,21	8,84

	CONSUMO (KWH)	PREÇO UNITÁRIO (R\$)	TOTAL (R\$)
Geração de Energia	73	42,21	3078,93
Transmissão	R3	8,26	6,67
Distribuição (Cabo)	R9	28,23	20,80
Perdas de Energia	R5	8,20	6,37
Energias Desperdiçadas	R3	7,52	5,37
Tributação	R3	43,58	32,84
<b>Total</b>	<b>R6</b>	<b>138,81</b>	<b>986,95</b>

[illegible][illegible]

28 MAI 2023

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					NÍVEL DE TENSÃO		
	CONSUMO	TALOR	LIMITE	LIMITE	TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
		ALIMENTAR	MENSAL	TRIMESTRAL		NOMINAL (V)	MÍNIMO
DMC		0,00	9,43	10,86	21,7	270	270
PCD		0,00	3,30	6,00	13,20		
EMAC		0,00	3,11	0,00	0,00		

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.632,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ELOI DINIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000065566-0

---

Nr. da Autenticação 6E7A98E02AC17DBE



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 680,40

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ELOI DINIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000065566-0

---

Nr. da Autenticação FE12B3A29845702C

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/BIBLIOTECAWEB/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 ALEXSON LEANDRO GOMES DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.679.274 / 13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE ELIO DIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 319.828.914 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima JOSE ELIO DIAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 319.828.914 / 91 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: CAIXA SUP. Renda: 1.078,00 e apresento os documentos comprobatórios:

CONTRA-CHEQUE / OLKRITO

☐ 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 AGAMBRON MAGALHÃES</u>		Número <u>127</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.895-000</u>
Email <u>ALEXSONGOMES@BOL.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 98866-8988</u>	Telefone celular (DDD) <u>(87) 98866-8988</u>

SANTA CRUZ B.V. 29 de MARÇO de 2019  
Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

ARQUIVADA REGISTRADORA  
28 MAI 2019

ALDO LAECIO GOMES DA SILVA ME		CC: GERAL		Folha Mensal	
CNPJ: 00.834.720/0001-52		Mensalista		Março de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filia	
4	ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA	421125	9	1	
	CAIXA	Admissão:	01/10/2018		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1	HORAS NORMAIS	220,00	1.037,00		
206	QUEBRA DE CAIXA	134,81	134,81		
998	I.N.S.S.	8,00		93,74	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.171,81	93,74	
			Valor Líquido ➡	1.078,07	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Reten. IRRF
1.037,00	1.171,81	1.171,81	93,74	1.078,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ARIANA SECRETARIA  
28 MAR 2019

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ ELOI DINIZ, CNH nº 3389226877, data de expedição 07 / 01 / 2015, Órgão: DETRAN/PE, portador do CPF nº 319.828.914-91, com domicílio na cidade de **Santa Cruz da Baixa Verde** no Estado de **Pernambuco**, onde resido na **Sítio Santa Clara, 290**, Zona Rural, 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 JOSÉ ELOI DINIZ, cujo o condutor era JOSÉ ELOI DINIZ,

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES

Ano: 2014/2014

Placa: OYV0760

Chassi: 9C2KD0550ER401591


Data do Acidente: 15 / 03 / 2019

Local e Data: **Santa Cruz da Baixa Verde – PE, 29/03/2019.**

  
Assinatura do Declarante



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

 **CARTÓRIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE**

**Diogo Borba da L. Silva**  
Titular

Rua Carolina Campos, 290 | Centro  
Santa Cruz da Baixa Verde/PE  
Fone: (81) 3548-3090

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de JOSE ELOI DINIZ que confere o/ o padrão reg. nesta autentica.  
Dou fé. 17 de maio de 2019.  
Carlos Eduardo G. de Souza (Subst.) E-mail: carlos@scbv.com.br FIRM: R\$0,04 FUNSEG: R\$0,08 TSNR: R\$0,90 FG: R\$0,40

Selo: 0160192.IFW05201902.00005 17/05/2019 10:22:47  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

**ARUANA SEGURADORA**  
28 MAI 2019

# Relatório de Operação

Nome do Paciente		Número do Registro	
Joaquim Elói Diniz			
Número da Operação		Número do Leito	
15/03/19			
Assistente		2º Assistente	
Instrumentador		Anestesista	
Anestesia		Duração	
Local		Cirurgia	
Data da Operação		Início	
15/03/19			
Histórico Pré-Operatório		Fim	
Ente		Exat	
Ed		P.T. E	
Histórico Pós-Operatório			
Ed			
Ação Proposta			
T.C. Cirurgia			
Ação Realizada			
Ed			

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

P.C. em decúbito dorsal  
 Anestesia + Antimigra  
 Desbridamento + limpeza com SF 0,9%  
 Agnossia 1 e 3  
 Cont. v.  
 T.O. de v.

Dr. Énio K. de Carvalho  
 Traumatologia  
 CRM 13332

ARUANA SECRETARIA  
 28 MAI 2019



Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 16/03/2019	Atendimento: 0011669	Quarto/leito: 301 / 0
<b>Paciente: 00092690 - JOSE ELOI DINIZ</b>		
Data Nasc: 06/03/1954	Idade: 65 Anos	Sexo: Masculino
Estado Civil: Divorciado		
Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: JOAO ELOI DINIZ		Nome Mãe: EXPEDITA CAROLINA DOS SANTOS
Endereço: SÍTIO SANTA CLARA, 0 CASA		- ZONA RURAL - SANTA CRUZ DA B - PE
Telefones: ( ) . / ( ) . / (87) 9880.25387		
<b>Elementos da Ocorrência:</b>		
Acidente de Trânsito ( )    Acidente de Trabalho ( )    Outros Acidentes ( )    Agressão ( )		
Suicídio ( )    Casual ( )    Outros ( )		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ( ) .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
<b>ANAMNESE E EXAME FÍSICO:</b>		
<p><i>Trama em</i>      <i>coro E + pro B 1-6 01 la</i>  <i>Dr + Límite -</i></p>		
Diagnóstico Inicial: <i>Ent. Fim Proximal E + Ent. S. Músculo E</i>		
SADT: <i>Hemograma + TP/AP + FNP + U + G + ECG + P. sint</i> <i>Radiografia; HT - Hb.</i> <i>Rx e Coro E AP Ry + Rx pro E AP/obx</i>		
Diagnóstico Final: <i>Ent. Fim Proximal E + Ent. S. Músculo E</i>		
Condição de Alta      Motivo de Alta		
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Descrição Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: <i>16/03/19</i>
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	Data da Alta: <i>19/03/19</i>
Piorando ( )	Transferência ( )	Local: _____
Óbito + 48h ( )	Evasão ( )	
Óbito - 48h ( )	Indisciplina ( )	
Óbito em ____ / ____ / ____		
Hora: _____		
		<p>Dr. Énio K. de Carvalho          Traumatologia          CRM 15326          Médico Responsável</p>

ARQUIVO SEGURADORA  
28 MAI 2019



CNPJ 10.280.543/0001-603 - Insc. Estadual - Isenta  
Rua Inocêncio Gomes de Andrada, N.º 603 - centro  
Fone (87) 3831-9150 - Serra Talhada - PE  
CNPJ: 10.280.543/0001-63

Hospital São Vicente

Ficha de Atendimento do Paciente Internação

Data: 16/03/2019 09:33

Paciente: 00092690 - JOSE ELOI DINIZ

Atend: 0011669

Endereço: SÍTIO SANTA CLARA, 0 CASA

- Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

- PE

CEP: 56895-000

Tel.: ( ) . 1 ( ) . 1 (87) 9880.25387

Sexo: Masculino

CNS:

Nome Pai: JOAO ELOI DINIZ

Nome Mãe: EXPEDITA CAROLINA DOS SANTOS

CPF: 319.828.914.91

Idade: 65 Anos

Dt nasc: 06/03/1954

Profissão: AGRICULTOR

Convenio: PARTICULAR

Estado civil: Divorçado

Médico: Dr(a) ENIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA - CRM 15926

Quarto/leito: 301 / 0

Atendido por: SAMIRE REGINA DE SA

HISTÓRICO CLÍNICO	
16/03/19	?
A Parent - Emerg	
A Ed Fina E + Ato E	
Pac internat H. Cruz	
CA: Hemograma + TP/AF + ENR +	
U + G + ECG + P. Coe	
Orient + Presc. + Sangu	
Dr. Enio K. de Carvalho	
Traumato-Ortopedia	
CRM 15926	
17/03/19	Transf. Apt.
Pac internat, emergente, orientado, sang. coe, apb.	
boa perf. perf. perf.	
CA: Dta 200	
Dr. Enio K. de Carvalho	
Lung. 14:30	
Dr. Enio K. de Carvalho	
Traumato-Ortopedia	
CRM 15926	
18/03/19	Transf. - Doc
Pac internat o H. Cruz	

Dr. Enio K. de Carvalho  
Traumato-Ortopedia  
CRM 15926

ARUANA SEGUROTORA  
28 MAI 2019





Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 16/03/2019      Atendimento: 0011669      Quarto/leito: 301 / 0

Paciente: 00092690 - JOSE ELOI DINIZ

Cirurgia Realizado:

Do Crânio Ext. Frnt.  
Proximal E + Ext. 5. Met. Sup E

N. do Procedimento:

Data: 17/03/19

Início:

Término

Cirurgião: Dr. Enio Cavallero

1º Auxiliar: Dr. André Bonato

2º Auxiliar:

Anestesista: Dr. Luciano Bonfim

## DESCRIÇÃO CIRURGICA:

- ① Per. em trócar de 10mm em novo local
- ② Anepi. + Antinepi. + caps. exte. em MIE
- ③ Incise de 40cm em per. distal do crânio E com  
linhas de fixação E. Identificação + retirada de  
Placa DCP + Parafusos de crânio anterior + limpa com  
SF 0,9%.
- ④ Visualiza partes comissurais de fixação proximal  
E + alinhamento de fragmentos + fixação com 02  
parafusos intramedulares + Parafusos de fixação em  
trocar + ceto proximal E + parafusos de crânio +  
parafusos de parafusos vertebrais 60 + Placa DCS de  
fixação + 6 parafusos corticais + 1 contraponto sob  
capo.
- ⑤ Limpa com SF 0,9% + sutura per. glan + pontos
- ⑥ Anepi. + Antinepi. + caps. exte. em MIE
- ⑦ Redução com alinhamento de partes de 5. Met. Sup  
E + fixação com 02 per. de fixação 2.0 intramedular  
sob capote
- ⑧ Sutura + Splint em 5. ODE

Assinatura do Cirurgião

Dr. Enio Cavallero  
Traumatologia-Ortopedia  
R. 11508

ARUANA REGISTRADORA  
28 MAI 2019



# Dr. Ênio Kleber de Carvalho Ferreira

Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

**NOME: JOSÉ ELOI DINIZ**

## **LAUDO MÉDICO**

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE **JOSÉ ELOI DINIZ** TEM HISTÓRIA DE ACIDENTE COM MOTO EM 15/03/2019. APRESENTOU FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO E MÃO ESQUERDA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DESTAS FRATURAS EM 17/03/2019. ESTÁ IMPOSSIBILITADO PARA EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 6 (SEIS) MESES.

CID-10: S-72.1

S-62.3

Serra Talhada, 01 de abril de 2019.

Dr. Ênio K. de Carvalho  
Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

Dr. ÊNIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Traumatologista e Ortopedista

CRM 15926

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, nº 700, Bairro Centro, Serra Talhada – PE

Fones: 99812-2288 (TIM); 98866-5837 (OI); 3831-1659.



## RELATORIO MÉDICO

O sr. João Elói Aguiar, vítima  
de acidente motociclístico em 15/03/19, apresentou

Fração de Fimur Equid  
Pro Equid.

CTD 10 S 72.1  
S 62.3

foi  
submetido a tratamento cirúrgico com colocação de placa/parafuso...ou  
tratamento conservador(imobilização gessada) etc. Atualmente apresenta

limitação dos movimentos em MJE,  
 dificuldade para deambular dificuldade  
de flexão na perna no chão. Placa de  
fixação da 7ª Equid

teve  
alta médica definitiva e conclusão do tratamento em 15/05/2019.

Custódia - 04/07/2019

João Lopes de Barros  
Clínica Médica  
Médico do Trabalho  
CRM-PE: 15.988  
CRM-PB: 10.208

Assinatura e carimbo do médico

ARUANA SEGURODORA  
30 JUL 2019



# Dr. Ênio Kleber de Carvalho Ferreira

Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

**NOME: JOSÉ ELOI DINIZ**

## **LAUDO MÉDICO**

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE **JOSÉ ELOI DINIZ** TEM HISTÓRIA DE ACIDENTE COM MOTO EM 15/03/2019. APRESENTOU FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO E MÃO ESQUERDA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DESTAS FRATURAS EM 17/03/2019. ESTÁ IMPOSSIBILITADO PARA EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 6 (SEIS) MESES.

CID-10: S-72.1

S-62.3

Serra Talhada, 01 de abril de 2019.

Dr. Ênio K. de Carvalho  
Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

Dr. ÊNIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Traumatologista e Ortopedista

CRM 15926

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, nº 700, Bairro Centro, Serra Talhada - PE

Fones: 99812-2288 (TIM); 98866-5837 (OI); 3831-1659.





# Dr. Ênio Kleber de Carvalho Ferreira

Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

**NOME: JOSÉ ELOI DINIZ**

**SOLICITO:**

1. RADIOGRAFIA DE QUADRIL ESQUERDO AP E PERFIL.
2. RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA AP E PERFIL.
3. RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA AP E OBLÍQUO

**POR:**

DOR.

Serra Talhada, 19 de Junho de 2019.

Dr. Ênio Kleber de Carvalho  
Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

Dr. ÊNIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Traumatologista e Ortopedista

CRM 15926

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, nº 700, Bairro Centro, Serra Talhada - PE

Fones: 99812-2288 (TIM); 98866-5837 (OI); 3831-1659.





# Dr. Ênio Kleber de Carvalho Ferreira

Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

**NOME: JOSÉ ELOI DINIZ**

**SOLICITO:**

20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**POR:**

PÓS-OPERATÓRIO fratura de 5ª metacarpo esquerdo HÁ CERCA DE 2 MESES.

Serra Talhada, 15 de maio de 2019.

*Ênio Kleber de Carvalho*  
Traumatologista e Ortopedista  
CRM 15926

Drº ÊNIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Traumatologista e Ortopedista

CRM 15926

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, nº 700, Bairro Centro, Serra Talhada - PE

Fones: 99812-2288 (TIM); 98866-5837 (OI); 3831-1659.



ARJUNA SECIPADORA  
28 MAI 2013

[illegible]



## Informações sobre o veículo

**Placa:** OYV-0760

**Espécie/ Tipo:** PAS / MOTOCICLETA

**Marca/ Modelo:** HONDA/NXR150 BROS ES

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada:** 2 / 0 / 149

**Cor predominante:** BRANCA

**Chassi:** 9C2KD0550ER401591

**Combustível:** ALCO/GASOL

**Ano fabricação/ Ano modelo:** 2014

**Categoria:** PARTIC

**Parcelamento/ Cotas:** 3 X 0,00

## Observações

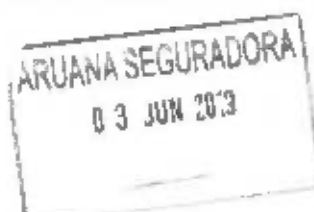
 **RESTRIÇÕES**

> **NADA CONSTA**

☒ **VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS**

 **Consultar débitos**

 **Localizar o documento do veículo**



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE ELIO DINIZ  
 DATA DO ACIDENTE 15/03/19 CPF DA VÍTIMA 319.828.914-91  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA AGAMENON MAGALHÃES  
 Nº 127 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO CENTRO  
 CIDADE SANTA CRUZ DA VÍLHA VERDE UF PE CEP 56895-000  
 E-MAIL ALEXSON GOMES @ BOL.COM.BR TELEFONE (87) 98866-8988

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE 5023.854 SSP/PE  
 ASSINATURA [Assinatura]

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28 MAI 2019  
 NOME ARUANA SEGURADORA  
 ASSINATURA [Assinatura]

A ARUANA SEBUROS

A/C ABENILDA BARBOSA

AV. DANTAS BARRETO, 507 - 12º ANDAR SALAS 1204/1215

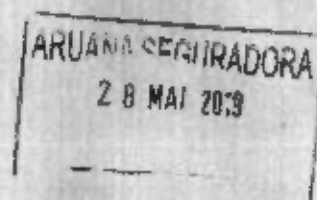
BAIRRO DE SANTO ANTONIO

RECIFE - PE

CEP: 50.010 - 921



DA



ARUANA SEGUROADORA  
28 MAI 2013

**ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA**  
**RUA AGAMENON MAGALHÃES, Nº 127 - CENTRO**  
**SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE - PE CEP: 56.895-000**

# **PEDIDO DE REANALISE**

## **REQUERIMENTO**

Eu, **José Eloi Diniz**, brasileiro, divorciado, agricultor, portador da CNH nº **3389226877**, órgão expedidor: **DETRAN/PE** e do CPF: **319.828.914 -91**, residente no(a) Sítio Santa Clara, nº 290, Zona Rural, Santa Cruz da Baixa Verde - PE, CEP: 56.870-000, venho requerer, reanalise do processo sinistro **3190/348923** com referência ao valor pago no processo, e, desde já discordo da perícia médica e ao grau de invalidez, pois a mesma não condiz com as lesões sofridas nas quais, ainda me encontro acometido/enfermo desde o acidente em 15/03/2019. Cujo consta na documentação médica apresentada e que foram ignoradas pelo Médico Perito em seu parecer e análise estando em desacordo com a própria tabela de avaliação e ao grau de invalidez(%) vigente na Lei 6.194/1971 observadas as alterações promovidas pelas Lei nº 11.482/2007 e Lei nº 11.945/2009.

Sendo assim conforme o DPVAT e LEI nº **6.194/1974**, tenho direito de receber o valor correto conforme invalidez, e que toda documentação existente em anexo comprova as lesões sofridas oriundas do acidente de trânsito.

Nestes Termos,  
Pede e espera Deferimento.

Santa Cruz da Baixa Verde - PE, 28 de Junho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**JOSÉ ELOI DNIZ**







POR VIAS SEGURAS - Associação brasileira de prevenção dos acidentes de trânsito.

PARA ACESSAR O SITE ORIGINAL, CLIQUE AQUI

Imprimir

## DPVAT: tabela de indenização em função do grau de invalidez

Por Vias Seguras <info@vias-seguras.com> Sábado, 26 de Março de 2011

Valores determinados pela Lei nº 11.482 de 2007, que não foram corrigidos até agora.

### DPVAT - Indenizações para vítimas

Dano	Percentual	Valor
<b>PERDA TOTAL</b>		
Perda total da visão de ambos os olhos	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambos os braços	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambas as pernas	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambas as mãos	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de um braço e uma perna	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100%	R\$ 13.500,00
Perda total do uso de ambos os pés	100%	R\$ 13.500,00
Alienação mental total incurável	100%	R\$ 13.500,00

Dano	Percentual	Valor
<b>PERDA PARCIAL - PARTE SUPERIOR</b>		
Perda total da visão de um olho	30%	R\$ 4.050,00
Quando não tiver a outra visão	70%	R\$ 9.450,00
Mudez Incurável	50%	R\$ 6.750,00
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um dos cotovelos	25%	R\$ 3.375,00
Anquilose total de um dos punhos	20%	R\$ 2.700,00
Surdez total incurável de um ouvido	20%	R\$ 2.700,00
Surdez total de ambos os ouvidos	40%	R\$ 5.400,00
Anquilose total de um dos ombros	25%	R\$ 3.375,00
Fratura não consolidada de um dos braços	30%	R\$ 4.050,00
Perda total de um dos braços	70%	R\$ 9.450,00
Anquilose total de um quadril	20%	R\$ 2.700,00
Perda total de uma das mãos	60%	R\$ 8.100,00
Perda do dedo mínimo	12%	R\$ 1.620,00
Perda do dedo anular	09%	R\$ 1.215,00
Perda do dedo médio	12%	R\$ 1.620,00
Perda do indicador	15%	R\$ 2.025,00
Polegar	18%	R\$ 2.430,00
Metacarpião	25%	R\$ 3.375,00

ARUANA SEGURADORA  
30 JUL 2013

Dano	Percentual	Valor
<b>PERDA PARCIAL - PARTE INFERIOR</b>		
Fratura não consolidada do fêmur	50%	R\$ 6.750,00
Fratura não consolidada de uma perna	25%	R\$ 3.375,00
Perda total do uso de uma perna	70%	R\$ 9.450,00
Fratura não consolidada da rótula	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um joelho	20%	R\$ 2.700,00
Anquilose total de um dos tornozelos	20%	R\$ 2.700,00
Fratura não consolidada de um pé	20%	R\$ 2.700,00
Perda total de um dos pés	50%	R\$ 6.750,00
Perda parcial de um pé	25%	R\$ 3.375,00
Amputação do primeiro dedo do pé	10%	R\$ 1.350,00
Amputação de qualquer outro dedo do pé	03%	R\$ 405,00
Encurtamento de uma perna de 5 cm ou mais	15%	R\$ 2.025,00
Encurtamento de uma perna de 4 cm	10%	R\$ 1.350,00
Encurtamento de uma perna de 3 cm	06%	R\$ 810,00
Menos que 3 centímetros não tem indenização		

Fonte: <http://www.dpvatbrasil.com.br/dpvatindenizacao.asp>

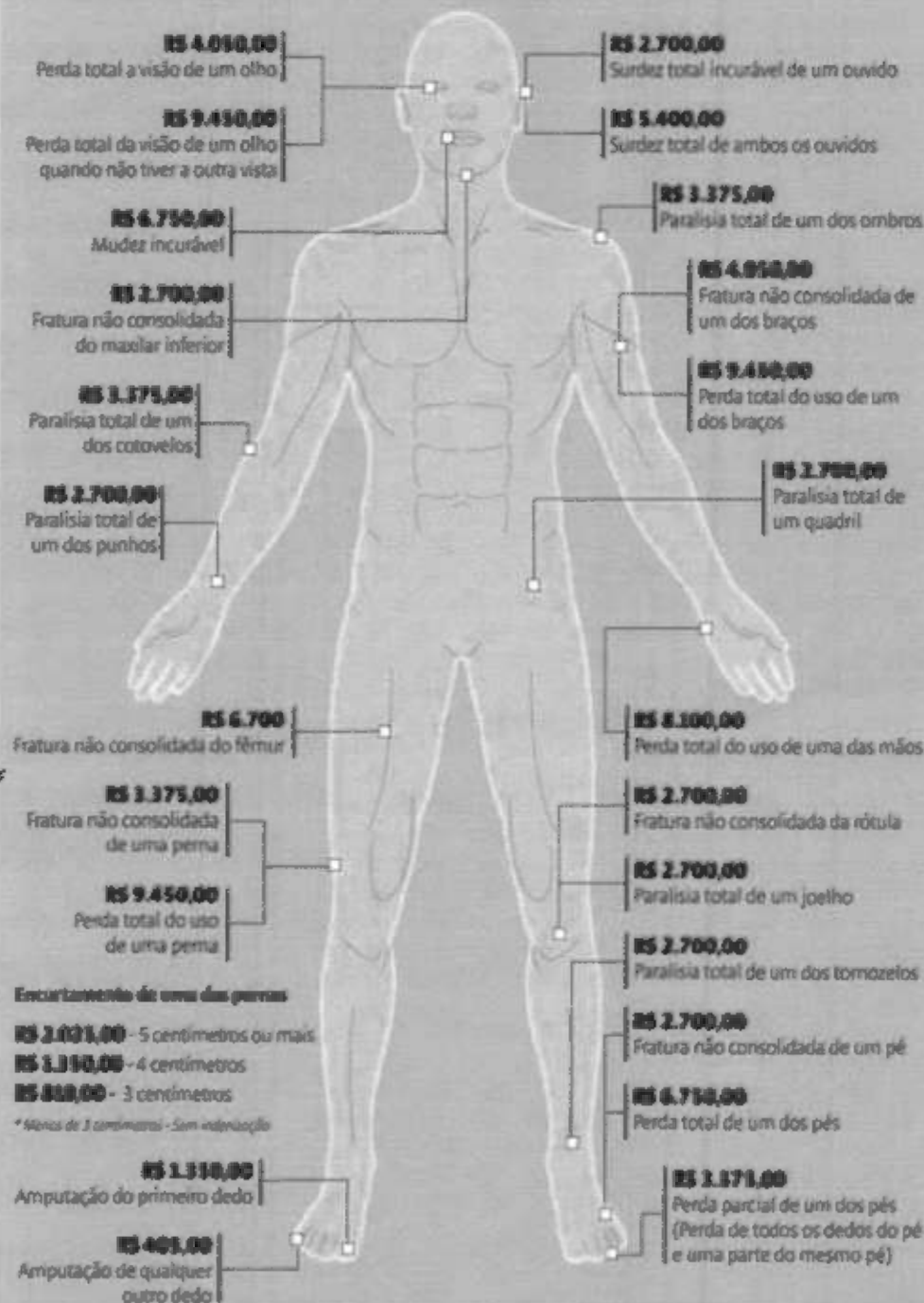
Indique para um amigo





# Preço da invalidez

Tabela de indenização para invalidez permanente total ou parcial por acidente



ARUANA SEGURODORA  
30 JUL 2013

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348923

**Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE ELOI DINIZ

**Data do acidente:** 15/03/2019

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO  
FRATURA DE MÃO ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO DE MOBILIDADE DA MÃO ESQUERDA E ALTERAÇÃO DE APREENSÃO, APRESENTA ENCURTAMENTO NO MEMBRO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** APRESENTA FÊMUR ESQUERDO COM RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO E ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
DISCRETA ALTERAÇÃO DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, COM MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 09/08/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA E DANO MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
		<b>Total</b>	<b>5,04 %</b>	<b>R\$ 680,40</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348923

**Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE ELOI DINIZ

**Data do acidente:** 15/03/2019

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO  
FRATURA DE MÃO ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO DE MOBILIDADE DA MÃO ESQUERDA E ALTERAÇÃO DE APREENSÃO, APRESENTA ENCURTAMENTO NO MEMBRO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** APRESENTA FÊMUR ESQUERDO COM RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO E ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
DISCRETA ALTERAÇÃO DE APREENSÃO COM A MÃO ESQUERDA, COM MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 09/08/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA E DANO MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
Total			5,04 %	R\$ 680,40

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190348923 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ELOI DINIZ **Data do acidente:** 15/03/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 05/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO. FRATURA PROXIMAL DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS -PROXIMAL DE FÊMUR; FIOS KIRSCHNER METACARPO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO EM GRAU MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO E RESIDUAL DA MÃO ESQUERDA. @PAG 1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** JOSÉ ELOI DINIZ, brasileiro, divorciado, agricultor, portador da CNH nº 3389226877, data de expedição 07 / 01 / 2015, Órgão: DETRAN/PE, portador do CPF nº 319.828.914-91, residente e domiciliada no Sítio Santa Clara, 290, Zona Rural, Santa Cruz da Baixa Verde - PE, CEP nº 56.895-000.

**OUTORGADO:** ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA, brasileiro(a), divorciado, autônomo, portador(a) do RG 5.023.854, órgão expedidor SSP/PE e do CPF: 023.679.274-13, residente no(a) Rua Agamenon Magalhães, nº 090, centro, Santa Cruz da Baixa Verde – PE, CEP: 56.895-000.

**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 receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: JOSÉ ELOI DINIZ.


Santa Cruz da Baixa Verde – PE, 28/04/2019.



**outorgante**

(Reconhecer firma por autenticidade)




 **CARTÓRIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE** **Diego Borba de L. Silva** Titular **Rua Carmo Campos, 265, centro Santa Cruz da Baixa Verde/PE Fone: (81) 3948-8000**

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de JOSE ELOI DINIZ que confere c/ o padrão reg. nesta cartoria. Dou fé. 17 de maio de 2019.

Carlos Eduardo G. de Souza (Subst.) Escrivão FERM: R\$0,04 FUNSEG: R\$0,08 TSMR: R\$0,80 PG: R\$0,40

Selo: 0160192.SUN05201902.00004 17/05/2019 10:22:47

Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)



**SEGURADORA**  
28 MAI 2019

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0179723/19

Número do Sinistro: 3190348923

Vítima: JOSE ELOI DINIZ

CPF: 319.828.914-91

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ELOI DINIZ

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

DUT

**JOSE ELOI DINIZ : 319.828.914-91**

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: 03/06/2019  
Nome: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA  
CPF: 023.679.274-13

\_\_\_\_\_  
ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

\_\_\_\_\_  
Josyelli de Oliveira Cabral

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190848923 3 - CPF da vítima: 319.828.914-91 4 - Nome completo da vítima: JOSE ELOI DINIZ

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUPLEN Nº 405/2012

5 - Nome completo: JOSE ELOI DINIZ 6 - CPF: 319.828.914-91  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SITIO SANTA CLARA 9 - Número: 290 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.895-000  
15 - E-mail: ALECKSON.GOMES@BOL.COM.BR 16 - Telefone: (87) 98866-8988

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0914 CONTA: 65.566 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)  
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Estado civil da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Guardo Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 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 resíduo (herança)? ☐ 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  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SANTA CRUZ S. VERDE, 17/06/2019

JOSE ELOI DINIZ  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ARQUIVADO  
07/06/2019  
9

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 9101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

140-607114004-1

20/01/2019

HORA DE 09:08:26

LOT: 15.014018-6

TERM: 017363

LOCALIDADE: SANTA CRUZ DA BARRA VERDE

AG. VINCULADA: 0914

CONTROLE: 102951529

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0914 013 00055566-0

JOSE ELIZ DINIZ

VALOR

:

5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

140-607114004-1

2ª VIA

ARUANA ACQUADRO  
01 JUL 2019



---

**Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190348923**

**Vítima: JOSE ELOI DINIZ**

**Data do Acidente: 15/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

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

---

**Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190348923**

**Vítima: JOSE ELOI DINIZ**

**Data do Acidente: 15/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

DUT não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190348923**

**Vítima: JOSE ELOI DINIZ**

**Data do Acidente: 15/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na ARUANA SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348923

Vítima: JOSE ELOI DINIZ

Data do Acidente: 15/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ELOI DINIZ**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.632,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

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

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =

R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE ELOI DINIZ

Valor: R\$ 2.632,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000065566-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

