



Número: **0000590-78.2019.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/11/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ELOI DINIZ (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67846562	11/09/2020 16:52	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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: INTERRUPÇÃO 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

Pag. 01815/01816 - carta_02 - INVALIDEZ

00010908



Carta nº 14659723





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

Rio de Janeiro, 23 de 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00549/00550 - carta_30 - INVALIDEZ



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: **319.828.944-91** 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**
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE** Estado: **PE** CEP: **56.895-000**
E-mail: **ALECKSONGOMES@30L.COM.BR** Tel.(DDD): **(11) 98866-8988**

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

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0914** CONTA: **65.566** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, 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) ☐ 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: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
X José Eloi Diniz

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

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: **ARUANA SEGURADORA**
28 MAI 2013

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

140-607114004-1

20/MAI/2019 HORA DE 09:08:28

LOT: 15.014818-6 TERM: 017363
LOCALIDADE: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE
AG. VINCULADA: 0914 CONTROLE: 102951528

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0914 013 00065566-0

JOSE ELOI DINIZ

VALOR : ~~1000~~

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 SEGURODORA
28 MAI 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DADS (DESPESAS 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**
Bairro: **STA CRUZ DA BAIXA VERDE - RUA** Cidade: **SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE** Estado: **PE** CEP: **56.855-000**
E-mail: **ALRECKSONGOMES@30L.COM.BR** Tel.(DDD): **(81) 98866-8988**

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

REDA 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: **0914** CONTA: **65.566** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 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.

Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____



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.**

FPS.001 V001/2018

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190348923
Nome do(a) Examinado(a): Jose Eloi Diniz
Endereço do(a) Examinado(a): Sl 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 causalidade: 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 seqüelas (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 (Seqüela):

MÊMBO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Seqüela):

MÃO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

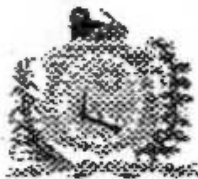
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Genesio A. Silva
CRM: 15.132
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 (Consumado)
que aconteceu no dia **16/3/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO SANTA CLARA, PE -365 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**



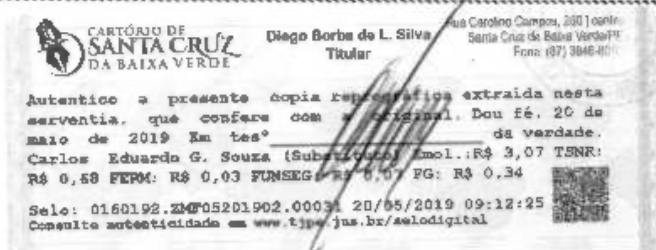
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JOSÉ ELOI DINIZ (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EXPEDITA
CAROLINA DOS SANTOS Pai: JOÃO ELOI DINIZ Data de Nascimento: 6/3/1954 Nacionalidade:
PRINCESA ISABEL / PARANÁ / BRASIL Documentos: 2523665/SSP/PE (RG), 31062881481
(CPF), 03380236877 (CNH) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1ª. 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, 206 - CEP:
55066-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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



27/04/2019 08:52

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **JOSÉ ELOI DINIZ**, que estava em posse do(s) Sr(a): **JOSÉ ELOI DINIZ**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **NÃO**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8768** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: **102910622** Chassi: **9C2KD8580ER401601**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ELOI COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE O FATO OCORRERIA 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 PARA ENTRAR À ESQUERDA E COM ISSO O SENHOR JOSÉ ELOI COLIDIU NESTE VEÍCULO. COM O IMPACTO DA BATIDA CAIU ÀS MARGENS DA RODOVIA, FORA SOCORRIDO PELOS OCUPANTES DESTA VEÍCULO QUE ACIONARAM 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 SOFREU 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

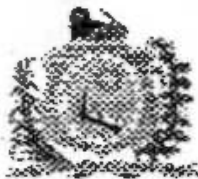
JOSÉ ELOI DINIZ
(VITIMA)

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 - 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 (Consumado)
que aconteceu no dia **16/3/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO SANTA CLARA, PE -365 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 no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EXPEDITA
CAROLINA DOS SANTOS Pai: JOÃO ELOI DINIZ Data de Nascimento: 6/3/1954 Nacionalidade:
PRINCESA ISABEL / PARANÁ / BRASIL Documentos: 2523665/SSP/PE (RG), 31062881481
(CPF), 03380236877 (CNH) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1ª. 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, 206 - CEP:
55066-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

CARTÃO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE
Diego Borba de L. Silva Titular
Rua Carolina Campos, 200 | Santa Cruz da Baixa Verde/PE
Fone: (97) 9846-4011

Autentico a presente cópia representativa extraída nesta
serventia, que confere com o 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 FPM: R\$ 0,03 FUNSEG: R\$ 0,07 FG: R\$ 0,34

Selo: 0160192-230F05201902.00031 20/05/2019 09:12:25
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

27/04/2019 08:52



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **JOSÉ ELOI DINIZ**, que estava em posse do(s) Sr(a): **JOSÉ ELOI DINIZ**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **NÃO**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYV8768** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE) Renavam: **182910622** Chassi: **9C2KD8580ER401681**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSÉ ELOI COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE O FATO OCORRERIA 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 PARA ENTRAR À ESQUERDA E COM ISSO O SENHOR JOSÉ ELOI COLIDIU NESTE VEÍCULO. COM O IMPACTO DA BATIDA CAIU ÀS MARGENS DA RODOVIA, FORA SOCORRIDO PELOS OCUPANTES DESTA VEÍCULO QUE ACIONARAM 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 SOFREU 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: ☒ DADS (DESPESAS 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
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE Estado: PE CEP: 56.895-000
E-mail: ALECKSONGOMES@30L.COM.BR Tel.(DDD): (11) 98866-8988

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0914 CONTA: 65.566 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, 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) ☐ 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: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
X José Eloi Diniz

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

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

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.

FPS.001 V001/2018

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 96

Data: 15-03-19 Hora: 14:16
 Nome: Joni Eloc Diniz
 Nome Social: Profissão: agricultor
 Nascimento: 06-03-54 Sexo: Masc. Estado Civil: divorciado
 Escolaridade: Responsável:
 Endereço: Exadita Carolina dos Santos
 Bairro: Alto Santa Clara
 Município: S. Cruz H. Verdes Fone: 9-8873-5800
 RG/CPF: 100-3039-3412-5340
 Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

Situação/Queixa:

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

Medicações em uso:

Tolerâncias/Alergias:

Rxograma:

Carimbo e Assinatura:

EXAME FÍSICO

História e Exame Físico:

Trauma em Cox. E + Moe E + Tornx
 E. L. 011
 Dx + Etm. Empurro. Comiss. distal
 inat. em braço e mto E com pnt
 atamento: de substituição

Rx de Cox. E AP. Proj
 Rx de Tornx AP
 Rx de Moe E AP. Proj

Hipótese Diagnóstica:

Fr. Fratura proximal E +
 S. Mto. sup E

Carimbo e Assinatura:

Dr. Émo K. de Carvalho
 Traumatologista
 CRM 10526

ARUANA REGISTRADORA
 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 10.835.332/0001-08

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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

COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810156

Atendimento ao Cliente audiotivo ou de fax: 0800 282 0147

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 167-

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	CONTA CONTRATO 1431313029
ENDEREÇO SI 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	DATA DA APRESENTAÇÃO 16/04/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
		NÚMERO DA NOTA FISCAL 058417712	

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.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

838600000003 207100110010 431313029108 139274056137



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





COSTA FERRARI • FATTURA • CONTA DE ENERGIA ELETTRICA

DADOS DO CLIENTE
AGENOR GOMES DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONTINENTAL
RUA AGAMENON MAGALHÃES 127

CPF 091 269.374-68

CENTRO/SANTA CRUZ BAIXA VERDE
SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE
56895-000

CLASSIFICAÇÃO
B3 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

058623441	UNICA	17/04/2018
17/04/2018	2000248817	3406906

CONTROL CONTRATO	MESE ANNO
0468144018	04/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
25/04/2019	17/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	162,90

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	121,00000000	0,77338862	133,87
Contrib. Ilum. Pública Municipal			21,68
ICMS Subvenção-CDE-MF D51150557-12/12/19			1,27

TOTAL DA FATURA

162.90

ADMINISTRATIVO DE CONSUMO DESTA POSTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
RT7833	CAT	DATA 20-03-2019	LEITURA 51.445,00	DATA 17-04-2019	LEITURA 51.826,00	20	1,0000		181,60

Indicador	Base de Cálculo	%	Valor do Depósito	Composição do Consumo	Valor	%
ABR15	139,37	25,00	34,39	Geração de Energia	R\$ 42,21	32,14%
MAR15	139,37	1,36	1,68	Transmissão	R\$ 8,26	6,67%
FEV15	139,37	6,21	8,84	Distribuição (Custo)	R\$ 20,23	20,85%
JAN15	139,37	6,21	8,84	Perdas de Energia	R\$ 8,20	6,27%
DEZ15	139,37	6,21	8,84	Energias Distribuídas	R\$ 7,52	5,74%
NOV15	139,37	6,21	8,84	Tributação	R\$ 43,38	32,96%
OUT15	139,37	6,21	8,84	Total	R\$ 130,81	98,04%

[illegible]

As coisas não são as
mesmas. (Lançamento 2008)
414-02111. IMPRIMA, PRODUÇÃO
de livros, revistas e jornais em
tudo o que for necessário para
construir, em nossa sociedade,
a cultura e a vida.
www.casa2008.br

28 MAI 2023

DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
	CONSUMO	MILHAR DE KW	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	
						menor	maior
DIC		0,00	5,43	10,86	21,73	220	220
FEV		0,00	3,60	6,00	13,20	220	220
MAI		0,00	3,31	0,00	0,00	220	220



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



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ALCKSON LEANDRO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.679.274 / 13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ ELIO DIAMIZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 319.828.914 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima JOSÉ ELIO DIAMIZ 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 / OLBRITO

☐ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA AGAMERON MAGALHÃES</u>		<u>427</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE</u>	<u>PZ</u>	<u>56.895-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>ALCKSON@GOMES@BOL.COM.BR</u>		<u>(87) 98866-8988</u>	<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

DLDR1.001 V001/7017



ALDO LACIO GOMES DA SILVA ME		CQ: GERAL		Folha Mensal	
CPF: 00.834.720/0001-52		Mensalista		Março de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Folha	
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. Conv. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de 13%	Base Calc. IRPF
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

ARQUIVADA
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 Caroline Campos, 250 | Centro
Santa Cruz da Baixa Verde/PE
Fone: (081) 3946-3080

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

Carlos Eduardo G. de Souza (Subst.) Email: cgs@scbv.org.br
R\$0,04 FUNSEG: R\$0,08 TSMR: R\$0,80 FG: R\$0,40

Selo: 0160192.IFW05201902.00005 17/05/2019 10:22:17
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

ARUANA SEGUROADORA
28 MAI 2019



Relatório de Operação

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

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

P.C. em Dabit. L. L.
Anupr. + Ant. napr.
Desbrincat + Ligeza com SF 0,9.
Apeximasi 1 F.
L. L.
T. L. L.

Dr. Emílio K. de Carvalho
Traumato-Ortopedia
CRM: 10032

ARUANA S. FERREIRA
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		
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		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Agressão ()	Suicídio ()	Casual ()
Outros ()	Nome Acompanhante:	Telefone de Contato: () .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:		
<i>Transtorno com Ex. Prox. B. L. e O. L. e</i> <i>Dr. + L. e. -</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>Ent. Fim. Proximal E + Ent. S. M. e. e</i>		
SADT: <i>História + TR/TE + FNP + U + G + ECG + P. e. e</i> <i>Radiografia i. HT. Hb.</i> <i>Rx e. Coxo E. AP. Ry. + Rx. M. e. B. AP/O. L. e</i>		
Diagnóstico Final: <i>Ent. Fim. Proximal E + Ent. S. M. e. e</i>		
Condição de Alta		
Melhorada ☒	Descrição Médica ☒	Data do Internamento: <i>16/03/19</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>19/03/19</i>
Piorando ()	Transferência ()	Local: _____
Obito + 48h ()	Evasão ()	Dr. Énio K. de Carvalho
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	Traumatologia
Obito em ____/____/____		CRM: 13826
Hora: _____		Médico Responsável

ARQUIVADA
28 MAI 2019





Hospital São Vicente

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

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.: () . / () . / (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	Pr. Trauma - Encefalo Pr. Ext. Fim. E + Pto. E Pr. internat. H. Cerebr. CD: Hemograma + TP/APT + FNR + U + G + ECG + P. Cerebr. Orient. + Reflexos + Sangue Dr. Enio K. de Carvalho Traumatologia CRM 15926
17/03/19	Pr. Trauma - Encefalo Pr. internat. H. Cerebr. CD: Dta. Zoro Dr. Enio K. de Carvalho Traumatologia CRM 15926
18/03/19	Pr. Trauma - Encefalo Pr. internat. H. Cerebr. CD: Dta. Zoro Dr. Enio K. de Carvalho Traumatologia CRM 15926

ARUANA REGISTRADORA
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 Ombro Ext. Fm
Proximal E + Ext. 5 Met. Sup E

N. do Procedimento:

Data: 17/03/19

Início:

Término

Cirurgião: Dr. Énio Carvalho

1º Auxiliar: Dr. André Bonito

2º Auxiliar:

Anestesista: Dr. Luciano Bonfim

DESCRIÇÃO CIRURGICA:

- ① Pr. um tráfego dorsal em meio de tórax
- ② Anup. + Antinup. + caps. exte. em MIE
- ③ Incise L ± 40 cm em po. distal do coto E com
linhas de fixação E. Identificação + retirada de
Placa DCP + Parafusos de Carga anterior + ligam. com
SF 0,9.
- ④ Diminuir pot. comensal de fixação proximal
E + alinhamento de fragmentos + fixação com 02
parafusos interfragmentários + Parafuso de po. q. no
trocanter + coto proximal E + parafuso de coto L +
parafuso de parafuso horizontal 60 + Placa DCP L
de fixação + 6 parafusos corticais + 1 contrapelo sob
coto.
- ⑤ Limpar com SF 0,9. + sutura po. flex. + pontos
- ⑥ Anup. + Antinup. + caps. exte. em MIE
- ⑦ Redução com alinhamento de pot. de 5 Met. Sup
E + fixação com 02 po. de fixação 20 intermediais
sob coto.
- ⑧ Curativos + Splint em 5 ODE

Assinatura do Cirurgião

Dr. Énio de Carvalho
Traumatologia-Ortopedia
R. 1402B

ARUANA SERRAVALLO
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

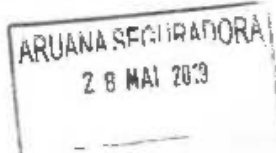
Dr. ÊNIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

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

Osr. João Elai Romiz, vítima
de acidente motociclistico em 15/03/19, apresentou

Fratura de Fêmur Esquerdo
Proximal

Cod. S 72.3

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,
deformidade para deambular dificuldade
de flexão e puno no ché. Presença de
ferida da Proximal Esquerda

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-PI: 10.208

Assinatura e carimbo do médico





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
Traumato-Ortopedia
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 5º metacarpo esquerdo HÁ CERCA DE 2 MESES.

Serra Talhada, 15 de maio de 2019.

Ênio Kleber de Carvalho
Traumatologista e Ortopedista
CRM 15926

Dr. ÊNIO KLEBER DE CARVALHO FERREIRA

Traumatologista e Ortopedista

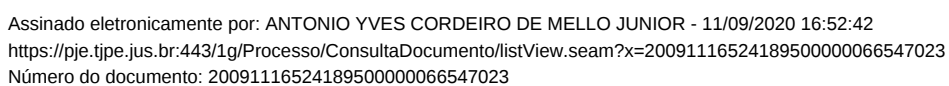
CRM 15926

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

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



ARILANA SECIGIADORA
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

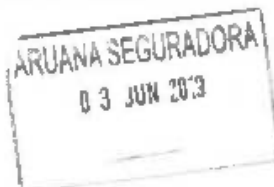
 RESTRIÇÕES

> 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
 DETALHAMENTO 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 VÍRIA UF PE CEP 56995-000
 E-MAIL ALECKSON GOMES P. BOLA.COM.BR TELEFONE (87) 98866-8988

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 922 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

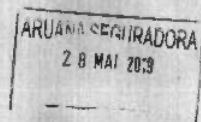
DATA _____
 IDENTIDADE 5023.854 SSP/PA
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28 MAI 2019
 NOME ARIANA SEGURADORA
 ASSINATURA [Assinatura]



À ARUANA SEBROS
A/C ABEVILDA BARBOSA
AV. DANTAS BARRETO, 507 - 12º ANDAR SALAS 1214/1215
BAIRRO DE SANTO ANTONIO
RECIFE - PE
CEP: 50.010 - 921



ARUANA RECORRADORA
28 MAI 2023

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
PERDA TOTAL		
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
PERDA PARCIAL - PARTE SUPERIOR		
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 2019



Dano	Percentual	Valor
PERDA PARCIAL - PARTE INFERIOR		
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

Powered by eZ Publish™ CMS Open Source Web Content Management.
Copyright © 1999-2012 eZ Systems AS (except where otherwise noted). All rights reserved.

palavras-chave: Seguro, DPVAT, indenização, invalidez



Preço da invalidez

Tabela de indenização para invalidez permanente total ou parcial por acidente

R\$ 4.050,00 Perda total a visão de um olho	R\$ 2.700,00 Surdez total incurável de um ouvido
R\$ 9.450,00 Perda total da visão de um olho quando não tiver a outra vista	R\$ 5.400,00 Surdez total de ambos os ouvidos
R\$ 6.750,00 Mudez incurável	R\$ 3.375,00 Paralisia total de um dos ombros
R\$ 2.700,00 Fratura não consolidada do maxilar inferior	R\$ 4.050,00 Fratura não consolidada de um dos braços
R\$ 3.375,00 Paralisia total de um dos cotovelos	R\$ 9.450,00 Perda total do uso de um dos braços
R\$ 2.700,00 Paralisia total de um dos punhos	R\$ 2.700,00 Paralisia total de um quadril
R\$ 6.700 Fratura não consolidada do fêmur	R\$ 8.100,00 Perda total do uso de uma das mãos
R\$ 3.375,00 Fratura não consolidada de uma perna	R\$ 2.700,00 Fratura não consolidada da rótula
R\$ 9.450,00 Perda total do uso de uma perna	R\$ 2.700,00 Paralisia total de um joelho
Encurtamento de uma das pernas	R\$ 2.700,00 Paralisia total de um dos tornozelos
R\$ 2.025,00 - 5 centímetros ou mais	R\$ 2.700,00 Fratura não consolidada de um pé
R\$ 1.350,00 - 4 centímetros	R\$ 6.750,00 Perda total de um dos pés
R\$ 825,00 - 3 centímetros	R\$ 3.375,00 Perda parcial de um dos pés (Perda de todos os dedos do pé e uma parte do mesmo pé)
R\$ 1.350,00 Amputação do primeiro dedo	
R\$ 405,00 Amputação de qualquer outro dedo	
R\$ 1.620,00 Médio	R\$ 2.025,00 Indicador
R\$ 1.215,00 Anular	R\$ 13.500,00 Perda total
R\$ 1.620,00 Minimo	■ Perda total da visão de ambos os olhos
R\$ 2.430,00 Polegar	■ Perda total do uso de ambos os braços
R\$ 3.375,00 Metacarpiano Polegar	■ Perda total do uso de ambas as pernas
	■ Perda total do uso de ambas as mãos
	■ Perda total do uso de um braço e uma perna
	■ Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés
	■ Perda total do uso de ambos os pés
	■ Alienação mental total incurável
	Valor máximo R\$ 13,5 mil

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
		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

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 TERAPÊUTICA. 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 Carneiro Campos, 260, centro
Santa Cruz da Baixa Verde/PE
Fone: (81) 3648-8080

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 de FOM: R\$0,04 FUNSEG: R\$0,08 TSNR: R\$0,80 FG: R\$0,40

Selo: 0160192.SUN05201902.00004 17/05/2019 10:22:47
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital

ARQUIVADA REGISTRADORA
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 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 cancela 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

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

5 - Nome completo: JOSE ELIO 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 DABAIYA VERDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.895-000
15 - E-mail: ALECKSONGOMES@GOL.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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$2.001,00 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0914 CONTA: 65.566 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 - 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(s) nascido(s)? ☐ 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 rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

FPS.001 V002/2019

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 726 9101
CARTILHEIRA 0000 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

SAG. VINCULADA: 0014

CONTROLE: 102951529

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0014 013 00065566-0

JOSE ELBY 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

0014 VIA





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

Rio de Janeiro, 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,

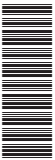
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14390123

Pag. 01617/01618 - carta_01 - INVALIDEZ

00020809





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00247/00248 - carta_03 - INVALIDEZ

00070124



Carta nº 14390263





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

Rio de Janeiro, 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.

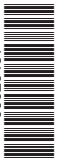
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00873/00874 - carta_25 - INVALIDEZ

00020437





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

Rio de Janeiro, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

