



Número: **0000004-07.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **08/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NOVAL DE ARAUJO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67846573	11/09/2020 16:57	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

100.755.264-68

JOSE NOVAL DE ARAUJO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE NOVAL DE ARAUJO		CPF titular da conta 100.755.264-68	Profissão RECUSO
Endereço ST. SAO JOAO DA LUZ		Número 130	Complemento CAIA
Bairro ZONA RURAL	Cidade TRIUNFO	Estado PE	CEP 56.870-000
Email TRINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) 87-4935-5533

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. BANCO DO BRASIL 001	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V 1060 X	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V 17.885 3	

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

FLORES-PE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

x José Noval de Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

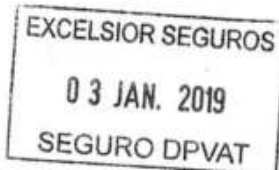
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





ASL-003421/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 179ª CIRCUNSCRIÇÃO - FLORES -
DP179ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0269000493

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/10/2018 às
17:07

Complementa o BO Número: 18E0269000492

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 20/9/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE FLORES, 1, PE 320** - Bairro:
CENTRO - FLORES/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
PROXIMO AO SÍTIO LAGOINHA
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO (VITIMA)
JOSE NOVAL DE ARAUJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO

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

JOSE NOVAL DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA PEREIRA LEAL Pai: MANUEL ALBINO DE ARAUJO Data de Nascimento: 26/12/1956
Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1155116/SDS/PE (RG), 16075526468 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87999125072**

Endereço Residencial: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 1, SÍTIO JOÃO DA LUZ - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, SÍTIO OITOGICA**

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DAMIANA BATISTA DE ARAUJO Pai: JOSE NOVAL DE ARAUJO Data de Nascimento: 03/11/1985 Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7380452/SDS/PE (RG), 06135231480 (CPF), 03717554580 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**



Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87999125072**

Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 1, SÍTIO JOÃO DA LUZ - CEP: 54999-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, SÍTIO OITIÇA**

NAO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCC6246** (PERNAMBUCO/FLORES) Renavam: **105023495** Chassi: **9C2KC1630FR203395**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO, NOTICIANDO QUE NA DATA MENCIONADA TRAFEGAVA PELA PE 320, VINDO DO SÍTIO ONDE RESIDE COM DESTINO A CIDADE DE FLORES, CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, TRAZEDO COMO PASSAGEIRO O SEU PAI O SR. JOSÉ NOVAL DE ARAUJO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO APÓS O PNEU DA MOTOCICLETA ESVAZIAR REPETINAMENTE. ADIANTO QUE O CONDUTOR NÃO CONSEGUIU MANTER A MOTOCICLETA NO ASFALTO E OS DOIS OCUPANTES VIERAM A CAIR. DEVIDO AO ACIDENTE O CONDUTOR TEVE APENAS ESCORIAÇÕES, NO ENTANTO O PASSAGEIRO TEVE UMA FRATURA NA PERNA DIREITA, SENDO SOCORRIDO AO HOSPITAL DE FLORES E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SÃO FRANCISCO EM SERRA TALHADA.

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

+ José Noval de Araújo
JOSÉ NOVAL DE ARAUJO
(VITIMA)

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO
(VITIMA)

Francisco Reginaldo Batista de Araújo

B.O. registrado por: **JAIRO JOSÉ DE LIMA - MAT. 320.525-1 - Matrícula: 320525-1**



30/10/2018 18:05





PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo municipal de Saúde

Unidade Mista genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

Data e Hora:	20.09.2018 às 10:22H5	Nº. Ocorrência	12
Nome:	Jose Nival de Araujo	Data Nascimento:	20/12/1950
Profissão:		Sexo	M
Fone:		Doc. Ident:	
End:	Sítio Otigica	SUS:	709 6038 7194 3478
Responsável:			
Tipo de Atendimento:	Acidente de Trânsito ☒ Acidente de Trabalho ☐ Agressão ☐ Consulta ☐		

Pressão Arterial:	HGT:	Pulso:	Temp:	Peso
Histórico e Exame Físico:				
Pct vítima do acidente de motocicleta, queixas dor em MIO; do crânio, kt costela, Lote; Erânelio, 5/6 queixas.				
Tratamento				
# ENCAMINHADO / AVALIAR em farmácia.				

Impressão Diagnóstica:			
FX?			
Destino do Paciente	Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☐
Removido para Hospital			
Óbito às	horas do dia		
Médico - Carimbo e CRM:			
Dr. Lauro F. Almeida dos Santos Neto Médico CRM 24847			



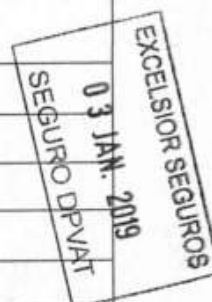
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ NOVAL DE ARAÚJO,

RG nº 1.155.116, data de expedição 16/08/1973 Órgão SSP-PE,

CPF nº 100.755.264-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. SÃO JOÃO DA LUZ</u>
Número	<u>130</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>TRIUNFO</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9935-5533</u>
E-mail	<u>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>

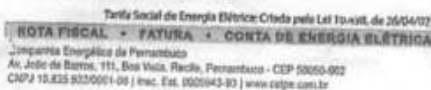


Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FLORES-PE 19/12/2018

Assinatura do Declarante: José Noval de Araújo





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
51 SAO JOAO DA LUZ 130 CANAAS
RJ-241

CANPA - FISHALCANPA TURAS
TRIUNFO PE
56870-000

CÓDIGO CONTRATO	REVISIÓN
1011334012	09/2018
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA PRÓXIMA PROGRAMADA LECCIÓN
12/09/2018	05/10/2018
TOTAL A PAGAR (€)	72,50

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	PERÍODO
000000001	UNICA	04/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA METLAÇÃO
04/09/2018	2000600879	2025213

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alcool (ml)	117,00000000	0,52907748	61,89
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,44
ICMS Substâncias CDE-1º 010002500-09/0018			0,41
Contribuição CERTR - (007) 3046 1362			2,00

TOTAL DA FATURA

7250

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
134463	CA7	06-09-2018	22702,00	09-10-2018	22738,00	29	1,6000		197,50

REFERENCES AND NOTES

Shipping date	Revenue
SEP16	117
OCT16	121
NOV16	94
DEC16	93
JAN17	112
FEB17	82
MAR17	115
APR17	122
MAY17	96
JUN17	96
JUL17	93
AUG17	93
SEP17	90

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 111–117

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPORTE
B)	70.20	25.00	17.55
	70.98	1.00	0.71
	70.06	4.50	3.15

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 111–116

Company	PS	2007
Eni Energia	0.6	24.07
Eni Gas	0.6	2.83
Eni Capital	0.3	13.73
Eni Energia	0.0	4.38
Eni Italia	0.0	3.93
Eni	0.0	25.62
Eni	0.0	26.00

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

Copyright Clearance Center

TAMPERING APPLICATION

1. *Journal of Management Studies*, 1990, 27, 1.

PETER WAGNER AND PETER

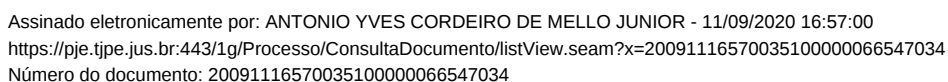
19 ONE CUBIC DAY

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Page 10 of 10
 Copyright © 2012 John Wiley & Sons, Ltd.
 J. Polym. Sci. Part A: Polym. Chem.: first published online 12 July 2012
 DOI: 10.1002/pola.23111

As condições gerais de funcionamento (preço, horário, atendimento, comodidade, segurança) e a qualidade dos serviços, porém a organização, para garantir, em todas as unidades de atendimento a um alto nível de qualidade.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	USO DE APARELHO DE SUPORTE	LIMITE DIÁRIOS	LIMITE SEMANAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VOLTAÇÃO (V) mínimo	LIMITE DE VOLTAÇÃO (V) máximo
END		0,08	10,73	21,46	42,92		
PIC		1,00	7,57	10,36	30,89	220	202 221
ENSO		0,06	9,76	0,00	0,00		



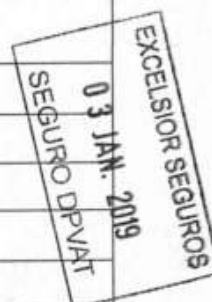
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ NOVAL DE ARAÚJO,

RG nº 1.155.116, data de expedição 16/08/1973 Órgão SSP-PE,

CPF nº 100.755.264-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST. SÃO JOÃO DA LUZ</u>
Número	<u>130</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>TRIUNFO</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.870-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9935-5533</u>
E-mail	<u>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>

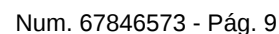


Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FLORES-PE 19/12/2018

Assinatura do Declarante: José Noval de Araújo





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 COAF**².

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

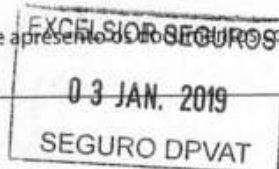
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE NOVAL DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.755.264 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE NOVAL DE ARAUJO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.755.264 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

HABILITACAO

☒ 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
TV. MANOEL SANTANA		56	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	FLORES	PE	56.850-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM			87-9935-5533

FLORES-PE-19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Antonio P. Filho
Assinatura do Declarante



EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO,

RG nº 7380452, data de expedição 1/1/,

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 066.358.314-80, com

domicílio na cidade de FLORES, no Estado de

PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SÍTIO SÃO JOÃO DA LUZ, nº 130,

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 NOVAL DE ARAUJO, cujo o condutor era

FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 FAN RSDI

Ano: 2015 MOD 2015

Placa: PCC 6245

Chassi: 9C2KC1680FR208895

Data do Acidente: 20/09/2018

Local e Data: FLORES-PE 19/12/2018

Francisco Reginaldo Batista de Araújo
Assinatura do Declarante

Francisco Reginaldo Batista de Araújo

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

TABELIONATO ÚNICO DE FLORES
Serviço Notarial, Promissão de Título, Registro de Imóveis e de Títulos e Documentos e Poderes Jurídicos
Rua Antônio Carneiro Diniz, 9 - Centro - Flores/PE - CEP: 55600-000 - Fone: (071) 3657-1255
Rafael Gomes de Freitas Ferreira - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) FRANCISCO...
REGINALDO BATISTA DE ARAUJO.
Dou fe. FLORES, sexta-feira, 9 de novembro de 2018 - 09:45h
Em Testemunho da verdade.
MARIA CECILIA VIEIRA RIBEIRO - ESCRIVENTE.
Total: 4,79 Ao Cartório: R\$ 3,59 - TSNR: R\$ 0,80 - R\$ 0,40 - Total: R\$ 4,79
Selo(s): 0076927.LZ010201802.00220-
Consulte eletronicamente em: www.tjpe.jus.br/tabelionato

Maria Cecília Vieira Ribeiro
Escrivente



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e dev. 1.7 JAN. 2019

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	100.755.264-68	JOSE NOVAL DE ARAUJO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
JOSE NOVAL DE ARAUJO		100.755.264-68	RECUSO
Endereço		Número	Complemento
ST. SÃO JOÃO DA LUZ		130	CAIS
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ZONA RURAL	TRIUNFO	PE	56.870-000
Email			Telefone (DDD)
TAINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM			81-1935-5533
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)		☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
1060	X	17885	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

FLORES-PE 17 de Janeiro de 2019

Local e Data

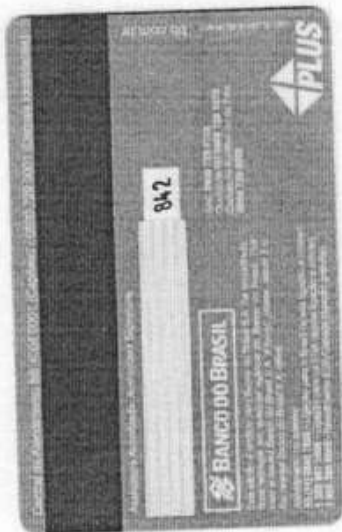
JOSE NOVAL DE ARAUJO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





POUPANÇA





PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORES

Fundo municipal de Saúde

Unidade Mista genésio Francisco Xavier

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

EXCELSIOR SEGUROS

03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

Data e Hora:	20.09.2018 às 10:22H5	Nº. Ocorrência	12
Nome:	Jose Nival de Araujo	Data Nascimento:	20/12/1950
Profissão:		Sexo	M
Fone:		Doc. Ident:	
End:	Sítio Otigica	SUS:	709 6038 7194 3478
Responsável:			
Tipo de Atendimento:	Acidente de Trânsito ☒ Acidente de Trabalho ☐ Agressão ☐ Consulta ☐		

Pressão Arterial:	HGT:	Pulso:	Temp:	Peso
Histórico e Exame Físico:				
Pct vítima do acidente de motocicleta, Quilombo. Dor em MIO; do OMC, Rt Estômago, Lote; Cranéio, 5/6 pressão.				
Tratamento				
# ENCAMINHADO para avaliação de traumatologia.				

Impressão Diagnóstica:			
FX?			
Destino do Paciente	Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☐
Removido para Hospital			
Óbito às	horas do dia		
Médico - Carimbo e CRM:			
Dr. Lauro Pereira dos Santos Neto Médico CRM-PE 24847			



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

2 - CNES: 2517124

Identificação do Paciente

3 - NOME ATEND.: BRUNA

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 709603671943478

5 - SIS PRENATAL:

6 - NOME DO PACIENTE: JOSE NOVAL DE ARAUJO

7 - SENHA/REGULAÇÃO: 00041803

8 - DATA DE NASCIMENTO: 20/12/1950

9 - SEXO: MASCULINO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA PEREIRA LEAL

11 - TELEFONE DE CONTATO: 87-996006322

12 - ENDEREÇO: JOSE ALVES DA SILVEIRA

13 - BAIRRO: CENTRO

14 - NÚMERO: 125

15 - MUNICÍPIO: SERRA TALHADA

16 - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAMES FÍSICOS:

Trauma em punho D
por acidente de motocicleta.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: RX

22 - CID-PRINCIPAL: M84.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: FRACT. DE PUNHO D

24 - CID-10 SECUNDÁRIO:

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTE. DE PUNHO D

27 - COD. DO PROCEDIMENTO: 04.08.05 0870

28 - CLÍNICA:

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

30 - DOCUMENTO: () CNS () JCPF

31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. E. E. Silva, Ortopedia

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/09/2018

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO): Dr. Francisco Anselmo Magalhães, CRM: 123.456.789, CREA: 5382

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA:

39 - Nº DO BILHETE:

40 - SÉRIE:

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () DESEMPREGADO () INOSENTEADO () NÃO SEGURADO

42 - CNAE DA EMPRESA:

43 - CBOR:

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO:

45 - ÓRGÃO EMISSOR: 261810709839-8

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

47 - DOCUMENTO: () CNS () JCPF

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 06.11.18

50 - ASSINATURA DO MEDICO AUTORIZADOR: [Assinatura]

51 - MOTIVO DA ALTA: melhora

52 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência

53 - DATA DA INTERNAÇÃO: 20.09.18

54 - DATA DA ALTA: 22.09.18



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA Rua Vertentes, 30 - Centro - 55400-000 - Serra Talhada - PE Fone/Fax: (071) 3331-2143 - CEP: 55400-000 CNPJ: 47.095.503/0001-58 - e-mail: hfa@hospitalfrancisco.com.br		CLÍNICA CIRURGICA	
Atendimento: 20/09/2018	Prontuário: 00041803	Registro: 00067331	Convênio: SUS, INTERNACAO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: JOSE NOVAL DE ARAUJO			
Data Nascimento: 20/12/1950	Idade: 67 Anos, 9 Meses	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade:	Nacionalidade:
Pai: MANUEL ALBINO DE ARAUJO		Mãe: MARIA PEREIRA LEAL	
Endereço: JOSE ALVES DA SILVEIRA			Nº 125
Quartel: CENTRO	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: 87-996006322
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito []	Acidente de Trabalho []	Outros Acidentes []	Agressão []
Suicídio []	Casual []	Outros []	Telefone para Contato:
Nome do Acompanhante:			
Endereço:			
Lugar da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS			
Tumor em Pele no Antebraço de mão direita			
Diagnóstico Inicial: FUAT. de Pele no Antebraço			
S.A.D.T.			
Diagnóstico Final: O tumor			
Data do Atendimento:		Data do Internamento: 20/09/2018	
Melhorada [x]	Decisão Médica [x]	Data da Alta: 22/09/18	
Inalterado []	Alta a Pedido []	Dr. Edson A. Silva Ortopedia e Traumatologia CRM 15.122 Médico Responsável	
Piorado []	Transferência []		
Óbito+48h []	Evasão []		
Óbito-48h []	Indisciplina []		
Óbito em: / /	Hora: :		



		Nº do Procedimento:	
Início:	Término:		
1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	A testista:	

ACÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- ASCESSO AUTOM

01 Placa em "T" 4.5

07 Parafusos cortiça.

- Sutura.

Edenone A. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15.122

Assinatura do Cirurgião



JOSE NOVAL DE ARAUJO, , 28/09/2018: CR from 28/09/2018

EXCELSIOR SEGUROS S.A.
R. 30000000
C. 14.100.000
Ass. 1722499135



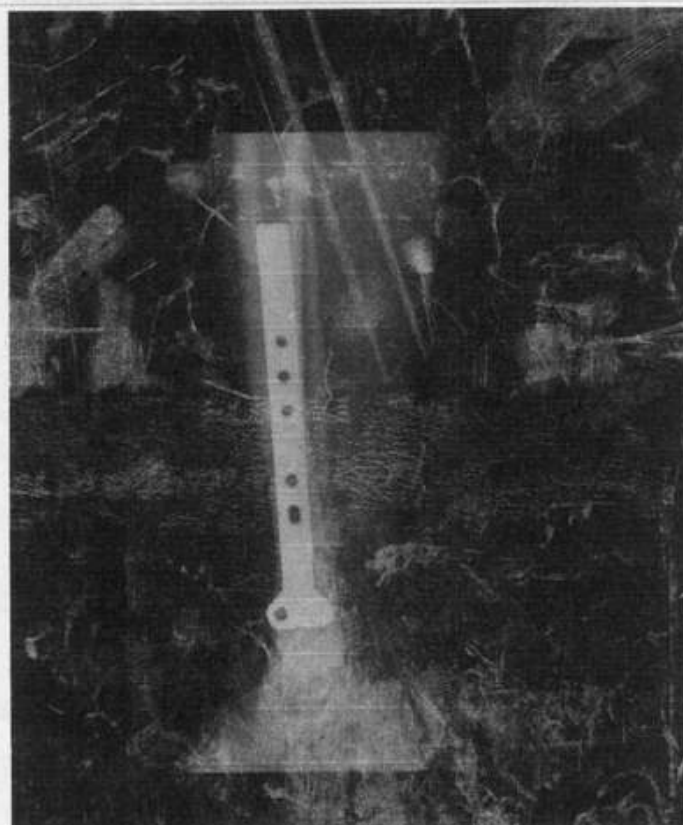
EXCELSIOR SEGUROS S.A.
R. 30000000
C. 14.100.000
Ass. 1722499135

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

4cm

EXCELSIOR SEGUROS S.A.

EXCELSIOR SEGUROS S.A.
R. 30000000
C. 14.100.000
Ass. 1722499135



EXCELSIOR SEGUROS S.A.
R. 30000000
C. 14.100.000
Ass. 1722499135

EXCELSIOR SEGUROS S.A.
R. 30000000
C. 14.100.000
Ass. 1722499135

4cm

EXCELSIOR SEGUROS S.A.
R. 30000000
C. 14.100.000
Ass. 1722499135



-CEM

CEM NOVAL DE ARAUJO.
Sex: F
Data de nascimento: 19/10/2018
O 241007712

Data de aquis: 19/10/2018
Hora de aquis: 08:57:14
Índice de exp: 2320

5172

CEM NOVAL DE ARAUJO.
Sex: F
Data de nascimento: 19/10/2018
O 241007712

Data de aquis: 19/10/2018
Hora de aquis: 08:59:15
Índice de exp: 2467

Item

Item

CEM NOVAL DE ARAUJO.
Sex: F
Data de nascimento: 19/10/2018
O 241007712

Item

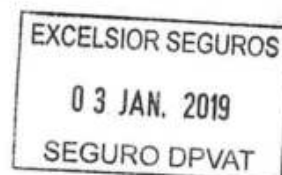
Índice de exp: 2320

CEM NOVAL DE ARAUJO.
Sex: F
Data de nascimento: 19/10/2018
O 241007712

Item

Índice de exp: 2467





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **013935909577**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 DOO. RENAVAM: 1050234950 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE A
FLORES-PE

CPF / CNPJ: 061.352.314-80 PLACA: PCC6245

PLACA ANT / UF: ***** / PE CHASSI: 9C2KC1680FR208895

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN BSOI ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

CAP / POT / CIL: 2P/149CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª ***** VENC. COTAS: 2ª ***** 3ª *****

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: SEGURO FACO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LOCAL: FLORES DATA: 10/03/18
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº **013935909577** BILHETE DE SEGURO DPVAT
FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE A
RAUJO 56850-000
CASA FLORES-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

VIA: 1 RENAVAM: 1050234950 MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN BSOI
ANO FAB: 2015 DATA: 09 Nº CHASSI: 9C2KC1680FR208895

PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$): DENATRA (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):
CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$):
SEGURO FACO
PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.249.800/0001-04

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: FRANCISCO REGINALDO BATISTA DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMITIDA / UF: 7360432 SDS PE

CPF: 061.352.314-80 DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1985

FILIAÇÃO: JOSE NOVAL DE ARAUJO

DAMIANA BATISTA DE ARAUJO

PERMISSÃO: ACC CNE: AB

IPVA 2018: 03717554580 VALIDEZ: 21/01/2021 PRAZOS: 31/10/2005

OBSERVAÇÕES: sem observações

Assinatura do Portador: Francisco Reginaldo Batista de Araujo

LOCAL: SERRA TALHADA - PE DATA EMISSÃO: 21/01/2016

Assinatura do Detran: 18784757481
18784757481
18784757481

DETRAN - PE/PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1220000596

PERMISSÃO PLÁSTICA 1220000596

**Laudo 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: **3190011807**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE NOVAL DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a):

S SI JOAO DA LUZ, 130 - CANAA RURAL - Triunfo - PE - CEP 56870-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **1155116**

Data e local do acidente: [**20/09/2018**] **FLORES**

Data e local do exame: [**18/03/2019**] **Serra Talhada** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, HIPOTROFIA E REDUÇÃO DE FORÇA DA PERNA DIREITA GRAU III, EDEMA E LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

REALIZADO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS ALTA EM JANEIRO 2019

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do membro inferior direito

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 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 sequelas permanentes" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% 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

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
a valoração do dano corporal.**

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 07/01/2019. A
INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM
GRAU LEVE. CONDOTA MANTIDA**

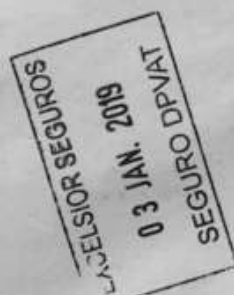


Ebenone Antonio da Silva - CRM: 15122 - PE



REMETENTE = ANTONIO P. FILHO
END = TV. MANOEL SANTANA Nº 56
CIDADE = FLORES-PE. CEP. 56.850-000

(ETIQUETA OU CARIMBO MP)



DESTINATARIO: CIA. EXCELSIOR DE SEGUROS
AVENIDA MARQUES DE OLINDA Nº 175 RECIFE - PE
CEP: 50.030-000

EXCELSIOR SEGUROS
03 JAN. 2019
SEGURO DPVAT

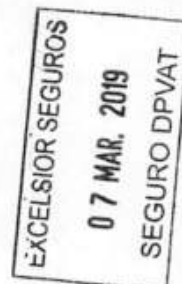


DECLARAÇÃO

A, Seguradora Sudeir

Eu, José noval de Araujo, Portador do CPF de
Nº 100.755.264-68 sinistro 3190011807 residente
no sítio não doas da Sng Nº 130 camãã
Triunfo - PE CEP. 56.870-000

Venho Por meio desta pedir a seguradora
Suder um novo reanálise do meu pedido
de indenização, que seja marcado uma
perícia para que seja provado o meu
Grau de invalidez, Pois não concordo
com o valor que foi me pago, sem
Perícia médica, segue laudo médico
definitivo anexado a esta declaração



Triunfo 01/03/2019

José noval de Araujo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011807

Cidade: Flores

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Data do acidente: 20/09/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, HIPOTROFIA E REDUÇÃO DE FORÇA DA PERNA DIREITA GRAU III, EDEMA E LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: REALIZADO FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS ALTA EM JANEIRO 2019

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/03/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 07/01/2019. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. CONDUTA MANTIDA

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011807 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO **Data do acidente:** 20/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

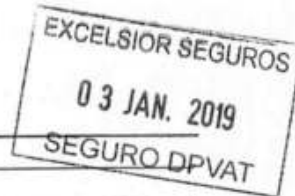
DANOS

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 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)



OUTORGANTE:

Nome: JOSE NOVAL DE ARAUJO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 1.155.116
CPF: 100.755.264-68
Profissão: RECUJO
Endereço: ST. SAO JOAO DA LUZ N° 130 TRIUNFO-PE
CEP: 56.870-000
Telefone: (81) 9935-5533

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 2999873 SIP-PE
CPF: 452.545.084-34
Profissão: RECUJO
Endereço: TV MANOEL SANTANA N° 56
CEP: 56.850-000
Telefone: (81) 9935-5533

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO



FLORES-PE - 19/12/2018

Local e data

Jose Noval de Araujo

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003421/19

Número do Sinistro: 3190011807

Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

CPF: 100.755.264-68

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 20/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NOVAL DE ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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 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: 07/03/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/03/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA





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, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011807

Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NOVAL DE ARAUJO

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,

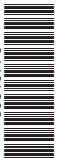
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13781118

Pag. 01539/01540 - carta_01 - INVALIDEZ

00010770





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, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011807

Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE NOVAL DE ARAUJO

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 CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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. 01297/01298 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011807

Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NOVAL DE ARAUJO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001060-X

Conta: 000010017885-5

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





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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011807

Vítima: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00605/00606 - carta_02 - INVALIDEZ

00070303



Carta nº 14058053



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Aos Cuidados de: JOSE NOVAL DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3190011807
JOSE NOVAL DE ARAUJO

Data do Acidente: 20/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190011807**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01427/01428 - carta_09 - INVALIDEZ

00050714



Carta nº 14075105

