



Número: **0025221-50.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE CARLOS DA SILVA (AUTOR)	maria dulce de carvalho freire (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68309 337	21/09/2020 16:56	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190175875 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 13/04/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA
FRATURA DE 04 ARCOS COSTAIS A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO TRAUMATOLÓGICO EMITIDO PELA POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO DATADO EM 13/04/2016, ASSINADO PELO MÉDICO PERITO DR. RAFAEL DUQUE CRM-PE 17849. RESPOSTA AO QUESITO 04 - NÃO

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



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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190175875 **Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA**

Data do Acidente: 13/04/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190175875

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 13/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DA SILVA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00261/00262 - carta_04 - INVALIDEZ



00060131

Carta nº 14044815



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 16:56:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092116563432500000066995813>
Número do documento: 20092116563432500000066995813

Num. 68309337 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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

Nº do sinistro ou ASL: 3160 389641 CPF da vítima: 021627294-74 Nome completo da vítima: José Carlos da Silva
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: José Carlos da Silva CPF: 021627294-74
 Profissão: Agricultor Número: 587 Endereço: Rua João Alexandre Complemento: Casa
 Bairro: Vila Timóteo Cidade: Amanaji Estado: PE CEP: 55515-000
 E-mail: dulcefreni850@hotmail.com Tel. (DDD): 81-99652-2720

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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: Banco do Brasil

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

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

Autorizo a Seguradora Lider 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.

RECEBIDO

19.02.2019

Seguradora Lider DPVAT

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de que é motivo 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 60 dias ao 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 Lider 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Jose Carlos da Silva
 CPF: 021627294-74

Cordeiro Assinatura

2º | Nome: Monica Dutra da Cunha Freire
 CPF: 054732374-36

M. Cordeiro Freire Assinatura

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 RODO, 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 16:56:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092116563432500000066995813>

Número do documento: 20092116563432500000066995813

Num. 68309337 - Pág. 4

**Proposta/Contrato de abertura de conta-corrente,
conta-poupança ouro e/ou produtos
Pessoa física**

Contratado: Banco do Brasil S.A., com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência, 1358-7 - AMARAJI /PE , inscrita no CNPJ nº 00.000.000/3077-50.

Proponente/Contratante 1: JOSE CARLOS DA SILVA , inscrito(a) no CPF sob o n.º 021.627.294-74, Capaz, sexo Masculino, BRASILEIRO(A), natural de AMARAJI/PE, nascido(a) em 30/11/1961, filho(a) de MANOEL CAVALCANTI DA SILVA e ETELVINA MARIA DA SILVA, portador(a) do(a) CARTEIRA DE IDENTIDADE n.º 2131789, emitido(a) em 11/03/2005, pelo(a) SDS/PE, TRABALHADOR INFORMAL, endereço residencial: RUA JOAO ALEXANDRE 587 CASA, VILA TEIMOSA, AMARAJI, PE, CEP 55.515-000, telefone(s) (81)99652-2720, CASADO (A)-COMUNHÃO PARCIAL com EDNA MARIA SILVA, CPF n.º 059.524.874-83.

Dados da conta

Agência 1358-7, conta-corrente n.º 029.692-9 e poupança ouro n.º 610.029.692, Individual, Solidária, aberta em 25/05/2016

Crédito	Serviço SMS	Pacote de serviços
Adesão a CDC SIM	Adesão SIM	Adesão SIM

Modalidade
CESTA BANCO POSTAL

Cartão de crédito

Adesão SIM	Cartão de crédito - Modalidade Ourocard sem programa de relacionamento -	Dia vencimento da fatura - débito em conta-corrente 05
---------------	---	---

CLÁUSULA 1^a - Pela presente **Proposta/Contrato** o **Proponente/Contratante** declara aderir expressamente, estar ciente e de pleno acordo com as disposições contidas nas respectivas CLÁUSULAS GERAIS DO CONTRATO DE CONTA-CORRENTE E CONTA DE POUPANÇA OURO E/OU POUPEX; CLÁUSULAS GERAIS DO CONTRATO DE ABERTURA DE CRÉDITO ROTATIVO - CDC AUTOMÁTICO e CLÁUSULAS GERAIS DO CONTRATO DE EMISSÃO E UTILIZAÇÃO DOS CARTÕES BANCO DO BRASIL S.A. - PESSOAS FÍSICAS - CORRENTISTAS E NÃO CORRENTISTAS, todos registrados no Cartório do 1º Ofício de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), cujas cópias recebe no ato da assinatura deste instrumento.

CLÁUSULA 2^a - O Proponente/Contratante declara-se ciente de que, a qualquer momento, poderá cancelar o pacote de serviços já contratado ou aderir a outro pacote, dentre aqueles disponibilizados pelo Banco do Brasil S.A., mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física.

Parágrafo único - O Proponente/Contratante declara estar ciente de que, no caso de cancelamento e não adesão a outro pacote de serviços: a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS (gratuitos), estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil S.A., pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

CLÁUSULA 3^a - O Proponente/Contratante declara estar ciente que caso solicite cartão de débito para a movimentação da conta-corrente e conta poupança, autoriza expressamente a emissão de cartão múltiplo, com as funções débito e bancária liberadas para uso e com a função crédito bloqueada ao qual, a seu exclusivo critério, a qualquer tempo e mediante solicitação formal, poderá autorizar o Banco do Brasil S.A. a habilitar a função crédito do cartão ou emitir novo(s) cartão(ões) com a função crédito, sujeito(s) a análise de crédito.

CLÁUSULA 4^a - O Proponente/Contratante autoriza, expressamente e desde já, a emissão do cartão solicitado com a Bandeira estabelecida para o respectivo cartão, respeitado o acordo vigente do Banco do Brasil S.A. com a Bandeira, cuja fatura terá como forma de pagamento, no caso de ser solicitado o cartão na função crédito, o débito em sua conta-corrente.

Via 1: Banco do Brasil
Via 2: Chomé
Via 3: Banco Postal

Rodízio: Cl. 1000
Número: Cl. 1000
Outros: Cl. 1000

10 80 70

Pág. 1

7.60.001-6 - Fev/2015 - SISBB 15044 - bb.com.br - Central de Atendimento BB 4004 0001 (Capitais) e 0800 729 0001 (Demais localidades) - ccs



MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 22/11/2016 09:48:06
PESCRE - Pesquisa PABs e CAAs por NB

NB : 615.789.209-2 Nome Recebedor: JOSE CARLOS DA SILVA Especie: 31

OL Emissor : 15021160 DT Solic : 18/11/2016 Seq Solic: 9987
Motivo Solic : 76 DT Valid : 18/11/2016 HR Val : 18:29:31
Matric Solic : 99999999 DT Lim Val : 16/02/2017 Matr Val : 01376328
Origem Solic : S.CENTRAL DT Ret Pris : 21/11/2016 Grau Pend: AGENCIA/UNI
Motivo Pend : 066 Sit PAB : AUTORIZADO

Orgao Pagador : 034899 Periodo do cred. : 13/09/2016 a 30/09/2016
Valor Liquido : 369,60 Validade do cred. : 24/11/2016 a 31/01/2017
Valor Ajustado pelo SUB: NAO DT Envio Banco : 21/11/2016
Seq. Registro : 0003365

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
101	528,00				
203	158,40				
336	528,00				
912	158,40				

Help (S/N): N

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

BPSAFE 0641
4552 8787387
conta



CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS

Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 9994-9532

Autentico, para os efeitos devidos, a presente cópia.....
reprografia do documento que me foi apresentado em.....

Cartorio. Dou fe. Amaraji 27/05/2016.

Em testemunho..... da verdade.....

VANIA LUCIA DA SILVA - TABALTA EM EXERCICIO

TOTAL: 3,72 Selo(s): 0074740.H.612201501.03344.

Consulte autenticidade: www.tjpe.jus.br/selodigital

Boletim de ocorrência



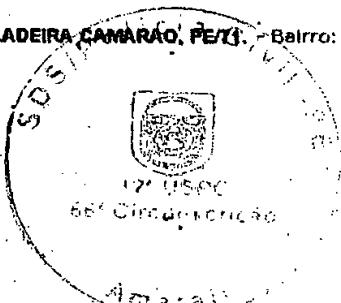
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 086^ª CIRCUNSCRICAO - AMARAJI - DP086CIRC
DINTER1/12^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0156000475

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/05/2016 às 15:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 13/4/2016 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 01, LADEIRA CAMARÃO, PE/1 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 EDNA MARIA SILVA (NOTICIANTE)
 NADO DE MARIO (TESTEMUNHA)
 JOSE CARLOS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros-motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
 VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DA SILVA

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

JOSE CARLOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: ETELVINA MARIA DÁ SILVA Pai: MANOEL CAVALCANTI DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2131789/SSP/PE (RG) 02162729474 (CPF) 01033110690 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 997156086

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 01, BAIRRO CENTRO, RUA JOAO ALEXANDRE, N°687 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

EDNA MARIA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mae: ELÍSETE AMARA SILVA Pai: AMARO ESTEVÃO DA SILVA Data de Nascimento: 16/12/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4746543/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 01, BAIRRO CENTRO, RUA JOAO ALEXANDRE, N°687 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 01 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO /BRASIL

NADO DE MARIO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: AMASADO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: AGRICULTOR(A)

11135 02/06/2016 14:44:58 568309337 16E0156000475



Boletim de Ocorrência

file:///c/documents and settings/policia civil/infopol/xml/BOEPrev...

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

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSE CARLOS DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/VW/GOL Objeto apreendido: Não

Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KMB0089 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 743026342

Ano Fabricação/Modelo: 2000/2000

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

ALEGA A SRA EDNA QUE SEU ESPOSO SOFREU O ACIDENTE NO MOMENTO EM QUE VINHA DO SÍTIO PARA O CENTRO DESTA CIDADE; QUE A VÍTIMA VINHÁ NA CURVA E A MOTOCICLETA TERIA ATRAVESSADO À FREnte DO VEÍCULO; QUE NADÔ DE MARIO TERIA COLOCADO ELE, VÍTIMA, NA PISTA E QUE A AMBULÂNCIA DO HOSPITAL ALICE BATISTA ESTARIA PASSANDO NO MOMENTO E QUE ELE, VÍTIMA, FOI SOCORRIDO. QUE O MOTOCICLISTA NADA SOFREU E QUE FOI EMBORA DO LOCAL, NÃO SABENDO A VÍTIMA DETALHES SOBRE ESTE. QUE SEU VEÍCULO FICOU Avariado NA PARTE DA FREnte E NO TETO, POIS O MOTOCICLISTA AO COLIDIR FOI PARA CIMA DESTE, QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ALICE BATISTA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE CARUARU.

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

Edna maria Silva

EDNA MARIA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: CLEYTON JOSE DE LIMA E SILVA - Matrícula: 2669122



CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS
Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 9994-8532
Autentico, para os devidos efeitos, a presente cópia.....
reprográfica do documento que me foi apresentado em.....
Cartório, Dou fe. Amaraji - 27/05/2016.....
Em testemunho - - da verdade.....
VANIA LUCIA DA SILVA - TABUÍTA EM EXERCÍCIO.....
TOTAL: R\$ 72 - Selos(s): 0074740.RM012201501.03545.....
Consulte autenticidade: [www.jpe.jus.br/selodigital](http://pje.jpe.jus.br/selodigital).....

11:35 02/06/2016 194499 558860081 LCBR PRINT 4





Cartidao de casamento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICIPIO DE AMARAJI

COMARCA DE AMARAJI

CERTIDÃO DE CASAMENTO

- JOSELIA SOUSA ARRUDA CAVALCANTI, Oficial do Registro Civil
em virtude da Lei, etc...

CERTIFICO por me ser pedido, que no livro nº 03 B- do registro de casamentos, em meu poder e cartório d folhas 51, sob o n.º 23 consta o termo de casamento, realizado neste distrito em 22 de Agosto de 1938, de
João Pinto da Silva com dona
Tatia de Souza Silva, ele, contraente
nascido em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, em 20 de Novembro de 1861.
Filho de Joaquim Francisco da Silva e
Terezinha da Silva,
ela, contraente nascida em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, em 12 de Setembro de 1864.
Filha de Joaquim Terezinha da Silva e
Clemente Souza Silva.
A nubente após o casamento passou a usar o nome de Terezinha Souza.

Pyrrhia testacea (Fabricius) $\frac{1}{2}$ mm. $\frac{1}{2}$ mm.

Manis de Encuentro: libro de Po.

Observações: Didotoma em regime de Pameuca, S. Pecado, de
13.10.1982

2. Tá conferir o seguinte Dado:

Reconheço a(s) firma(s) acima feita(s) e a(s) assinatura(s) que consta(m) no(s) documento(s) que me foram apresentado(s) e que consta(m) no(s) documento(s) que me foram apresentado(s).

Prácticas de
Anatomía del Hueso de 1988

O referido é verdade do que dou fá.
Em testo *Levado offício / 1900*

Oficial
Cartoriente
Fotografía - Correto Cambio de
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

Barraji - Pernambuco

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 16:56:34
<https://pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211656343250000066995813>
Número do documento: 2009211656343250000066995813

Num. 68309337 - Pág. 9



Declaração de Inexistência de IML

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: 3160 3891641	CPF da vítima: 021627294-74	Nome completo da vítima: José Carlos da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: José Carlos da Silva		CPF: 021627294-74		
Profissão: Agricultor	Endereço: Rua João Alexandre	Número: 587	Complemento: Casa	
Bairro: Vila Timosa	Cidade: Amaraji	Estado: PE	CEP: 55515-000	
E-mail: dulcefranca856@hotmail.com	Tel.(DDD): 81-99652-2720			

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

RENDIMENTO:
 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 OPCIÃO 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: Banco do Brasil

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

AGÊNCIA: 1358 CONTA: 029692
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 da apreciação 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 de pedido.

RECEBIDO

19, FEVEREIRO DE 2019

Seguradora Lider DPVAT

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 Lider 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou Sim Não Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Jose Carlos da Silva
 CPF: 021627294-74

X Assinatura

2º | Nome: Maria da Costa da Silva
 CPF: 054132374-36

M. da Costa da Silva Assinatura

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 clareza do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

.001 V001/2018





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AMARAJI FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ÁNJOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e comprovação que em 13/04/2016 deu entrada neste serviço para fins de atendimento médico após acidente automobilístico o senhor José Carlos da Silva, sendo atendido e em seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste para avaliação e conduta do ortopedista. Segue cópias do atendimento, registro Nº011.297/2016.

Amaraji, 06 de Maio de 2016.

Ronaldo dos Santos Nascimento
Ronaldo dos Santos Nascimento
Diretor Administrativo
Diretor Administrativo
Portaria nº 029/2009

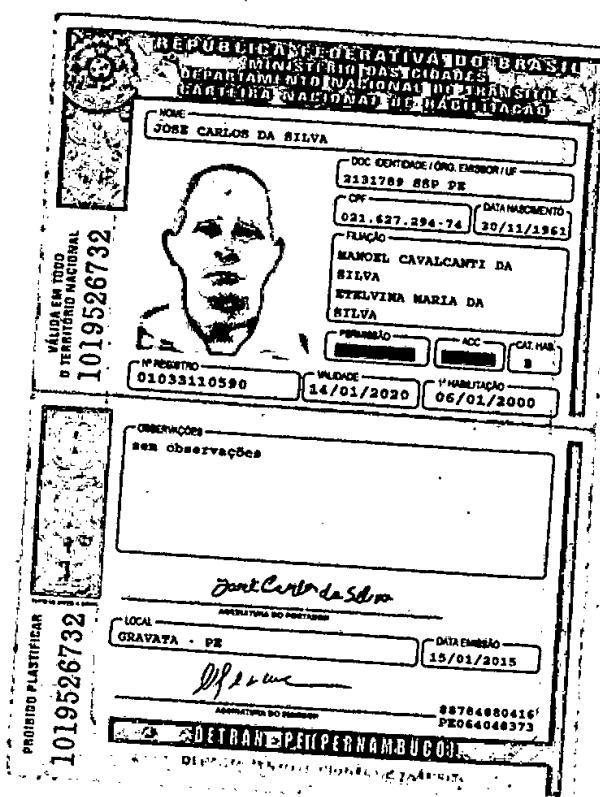
11:35 02/06/2016 194504 558008 1028 PRINT 4

Rua Francisco Teixeira, 01 - Centro - Amaraji/PE - CEP 55515-000 - Fone: 81-35531113 - CNPJ 11.607.836/0001-75 - email: secsaudeamaraji@gmail.com.br

O Futuro é Agora

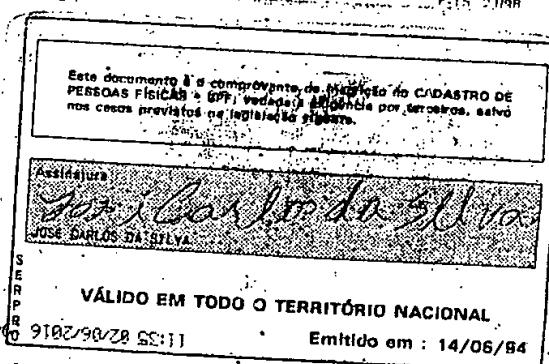
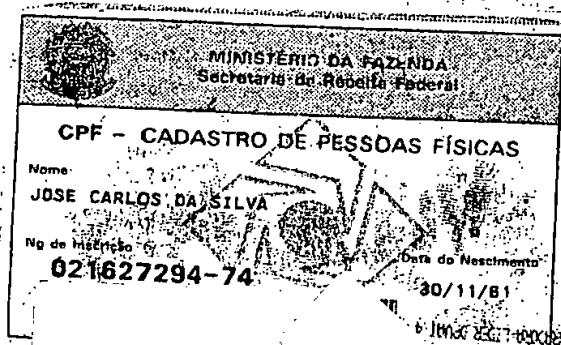
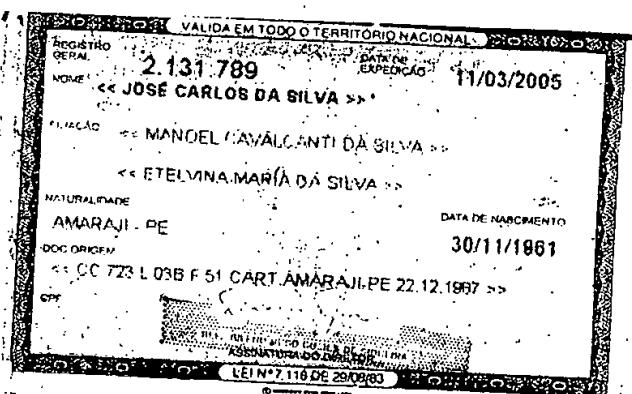


Documentos de identificação



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 16:56:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092116563432500000066995813>
Número do documento: 20092116563432500000066995813

Num. 68309337 - Pág. 14





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
12ª DESEC VITORIA DE SANTO ANTÃO-PE
66ª DP AMARAJI

PORTARIA

O Bel. PAULO ROBERTO VIANA PALENDI, Delegado titular desta DEPOL, Estado de Pernambuco, no uso de suas legais atribuições, havendo necessidade de proceder ao exame **TRAUMATOLÓGICO** na pessoa de **JOSE CARLOS DA SILVA**, nomeia e constitui peritos, os (as) médicos (as), os quais deverão prestar compromisso.

Amaraji (PE), 13 de abril de 2016.

TERMO DE COMPROMISSO DE PERITOS

Na data da portaria acima, nesta DEPOL, onde presente se encontrava o Delegado de Polícia, comigo escrivão ao final assinado, si compareceram os peritos nomeados na PORTARIA retro, a quem a Autoridade deferiu compromisso legal e fielmente desempenhar o encargo de proceder ao Exame **TRAUMATOLÓGICO** na pessoa descrita na PORTARIA acima, descrevendo com verdade, sem dolo ou malícia, o que encontrarem. E, como aceitasse o encargo, mandou a autoridade lavrar este termo que lido e achado conforme, assina-o com os peritos e comigo Escrivão que digitei.

Delegado _____ 2º Perito _____

1º Perito DR. RAFAEL DUARTE CRM-PE 17049 Escrivão /

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

À data exarada na PORTARIA supra, nesta cidade, horas, presente o Delegado de Polícia, comigo escrivão, si presente os Peritos que, sob juramento de seus cargos, procederam ao exame de **LESÃO CORPOKAL** na pessoa de **JOSE CARLOS DA SILVA** responderam os quesitos seguintes:

- 1º) Houve lesão à integridade corporal ou a saúde examinado? Sim ;
2º) Qual o instrumento ou meio que ocasionou? Continente ;
3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias? Sim Incapacidade, por mais de 30 dias, porém não permanente.
4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho ou aborto? Não

- 5º) Qual foi a região atingida? Quadril e盆腔 ;
6º) Deverá informar que informações necessárias? O exame não apresenta lesões na盆腔, de forma que não é necessário informar.
Deu-se por encerrado o presente ato. Nada mais foi dito e, depois de lido e achado conforme vai este assinado por mim Escrivão que digitei e o escrivo, pelo que me reporto e deu fit.

Delegado _____ 2º Perito _____

1º Perito DR. RAFAEL DUARTE CRM-PE 17049 Escrivão /

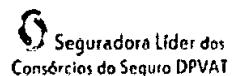
CARTÓRIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS, PROTESTO E NOTAS

Rua 13 de maio, 13 - Amaraji - PE - Fone: (81) 9994-9532

Autentico por parte do devolução e/ou fito, a presente cópia, reprodutiva do documento que me foi apresentado em.....
Cartório. Dau fe. Amaraji, 27/05/2016.....
Em testemunha: DR. RAFAEL DUARTE da verdade.....
VANIA LUCIA DA SILVA - TABELIA EM EXERCICIO.....
TOTAL: R\$ 3,72 - Selos: 0074740-KED12201501.03543
Consulte autenticidade: www.tjpe.jus.br/selodigital/



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072315/19

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 021.627.294-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 13/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



JOSE CARLOS DA SILVA : 021.627.294-74

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 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: 27/02/2019
Nome: JOSE CARLOS DA SILVA
CPF: 021.627.294-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

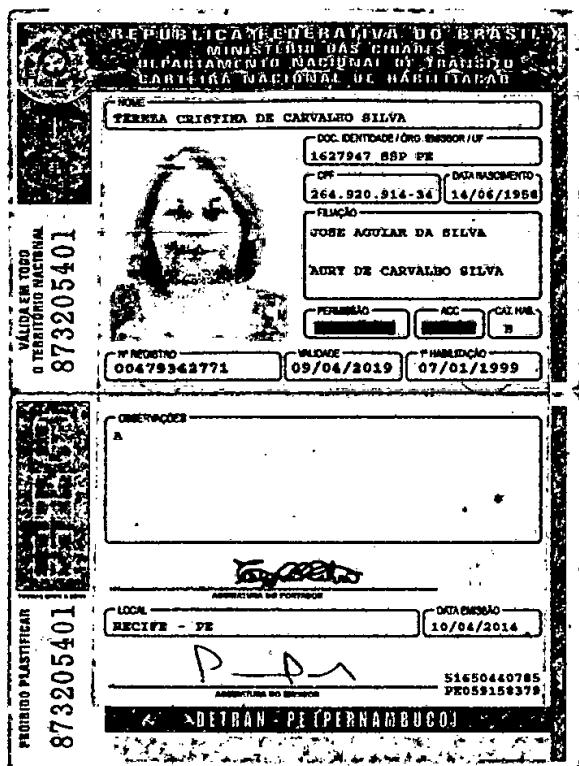
JOSE CARLOS DA SILVA

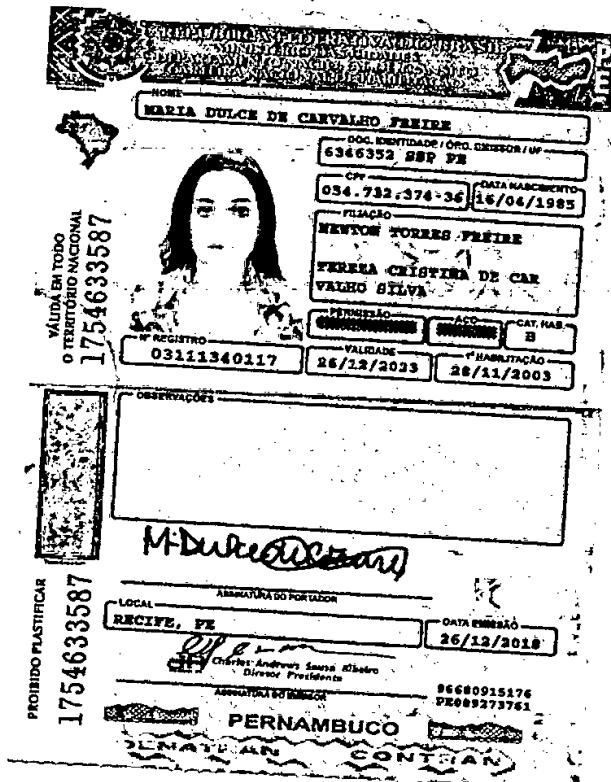
Nathalia Beatriz Braga Costa



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 16:56:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092116563432500000066995813>
Número do documento: 20092116563432500000066995813

Num. 68309337 - Pág. 17





TIM
BLACK



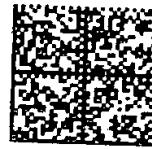
04300159



CTC RECIFE PE PL1
TEREZA CRISTINA DE CARVALHO SILVA
RUA CRUZEIRO DO FORTE, 474
BOA VIAGEM
51030-620 RECIFE PE

7214049716 39933 00000002044 30 190918





Correios
R\$ 01,95
30.01.19 - 12:49
AGF JOAQUIM NABUCO/PE



BOLETO DE COBRANÇA
CAMPOS DO VALLE

MARIA DULCE DE CARVALHO FREIRE
RUA CRUZEIRO DO FORTE, 474
51030-620 RECIFE PE

BOA VIAGEM
Unidade: D17

Correio: S
Venc: 10/02/2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 16:56:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092116563432500000066995813>
Número do documento: 20092116563432500000066995813

Num. 68309337 - Pág. 21

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190175875 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 13/04/2016 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA
FRATURA DE 04 ARCOS COSTAIS A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO TRAUMATOLÓGICO EMITIDO PELA POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO DATADO EM 13/04/2016, ASSINADO PELO MÉDICO PERITO DR. RAFAEL DUQUE CRM-PE 17849. RESPOSTA AO QUESITO 04 - NÃO

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072315/19

Vítima: JOSE CARLOS DA SILVA

CPF: 021.627.294-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 13/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JOSE CARLOS DA SILVA : 021.627.294-74

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 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: 27/02/2019
Nome: JOSE CARLOS DA SILVA
CPF: 021.627.294-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JOSE CARLOS DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

