



Número: **0079163-94.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DANIEL PEREIRA (AUTOR)	THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73493 262	13/01/2021 13:10	<u>ANEXO 1</u>	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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190270271 Vítima: DANIEL PEREIRA

Data do Acidente: 27/08/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL PEREIRA

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, contados 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 14181366



Brag 01139/01100 - Carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Núm. 73493262 - Pág. 1



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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190270271 Vítima: DANIEL PEREIRA

Data do Acidente: 27/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL PEREIRA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: DANIEL PEREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000055643-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00703/00704 - carta_15R - INVALIDEZ



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, retorno 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





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:	Nome completo da vítima:	
	70277553431	DANIEL PEREIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	DANIEL PEREIRA		CPF:
Profissão:	Antesão	Endereço:	RUA JOÃO RESENDE
Bairro:	JATOBÁ	Cidade:	OLINDA
E-mail:			Estado: PE CEP: 53330185
Tel.(DDD):			

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS CADASTRAIS

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0917 CONTA: 00055 643 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso de despesas médicas e suplementares, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total de todos os débitos de SINISTROS.

10 ABR 2019

10 ABR 2019

Seguradora SIA

Av. Rio Branco, 1000 - Centro - 52011-040

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 o cumprimento do 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 60 (sessenta) dias da data da pedição.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente 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 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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: _____

X *Rahel Pereira*
Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

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 ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

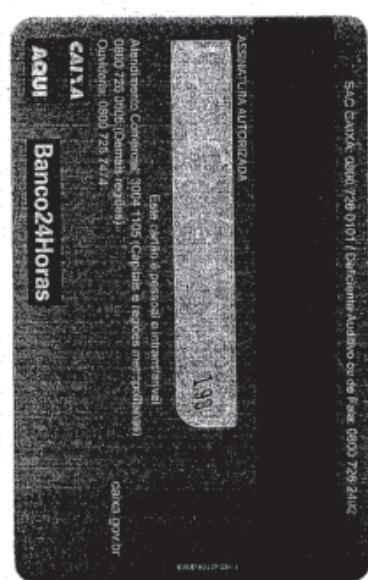
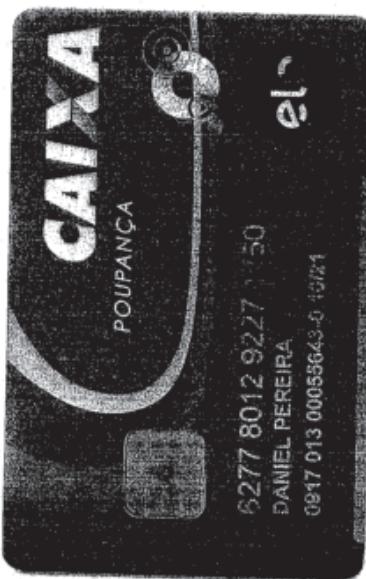
FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>

Num. 73493262 - Pág. 3

Número do documento: 21011313100133700000072039948





511425
0123409/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRICAO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **19E0114003324**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/04/2019** às **15:49**

Complementa o BO Número: **18E0114009026**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **27/8/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 15, 1** - Bairro: **JATOBÁ - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
DANIEL PERREIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL PERREIRA

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

DANIEL PERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DIVA MARIA PEREIRA** Data de Nascimento: **29/3/1993** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA HUMBERTO DE LIMA MENDES, 159 - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA CAIADA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

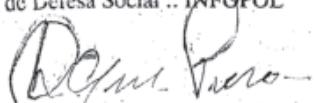
AUTOMOVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **NAO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL PERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA VEIO NOTICIAR QUE NA DATA E LOCAL ACIMA QUANDO PEDALAVA SUA BICICLETA FOI ATROPELADO POR UM AUTOMOVEL DE PLACA E CONDUTOR NAO INFORMADOS . A VITIMA DECLAROU APÓS SER ATROPELADO FOI REMOVIDO DO LOCAL PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR PARA A UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDO PARA HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATAO.

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





DANIEL PERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: CLAUDIO ALVES DE SOUZA - Matrícula: 296954-8

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



DANIEL PERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: CLAUDIO ALVES DE SOUZA - Matrícula: 296954-8





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:

702775534/31

Nome completo da vítima:

DANIEL PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

DANIEL PEREIRA

CPF 702775534/31

Profissão:

ANTESÃO

Endereço:

RUA JOÃO RESENDE

Número:

519

Complemento:
CASA

Bairro:

JATOBÁ

Cidade:

OLINDA

Estado: PE
CEP: 53380185

E-mail:

Tel.(DDD):

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 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: _____

AGÊNCIA:

0917

CONTA: 00055 643

AGÊNCIA:

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso de custos de atendimento ao beneficiário, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total de todos os débitos de SINISTROS.

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 assinatura do 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 60 (sessenta) dias da data da pedida.
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.

10 ABR 2019

Assinatura Seguradora SIA

Av. Rui Barbosa, 650 - 50011-040

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 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àsqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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: _____(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

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 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





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001472 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Srº. DANIEL PEREIRA, 25 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8854129 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 702.775.534-31, residente à RUA HUNBERTO DE LIMA MENDES, nº 159, EDF MARIANA AP 159, BAIRRO NOVO, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 27/08/2018, por volta das 08:28 hs, no endereço: RODOVIA PE-15, S/N, OURO PRETO OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL FIESTA PRATA PEF7401-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(u) Srº DANIEL PEREIRA, inscrito sob o CPF nº 702.775.534-31 e Registro Geral nº 8854129, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798257-7 ROGERIO. Foi transportado(a) para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1341788. Ficou aos cuidados do médico FRANCISCO ROSSI, registro 23368. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 29/10/2018

A autenticidade dessa certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br>, consultar protocolo nº 2018APH001472

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 8

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: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

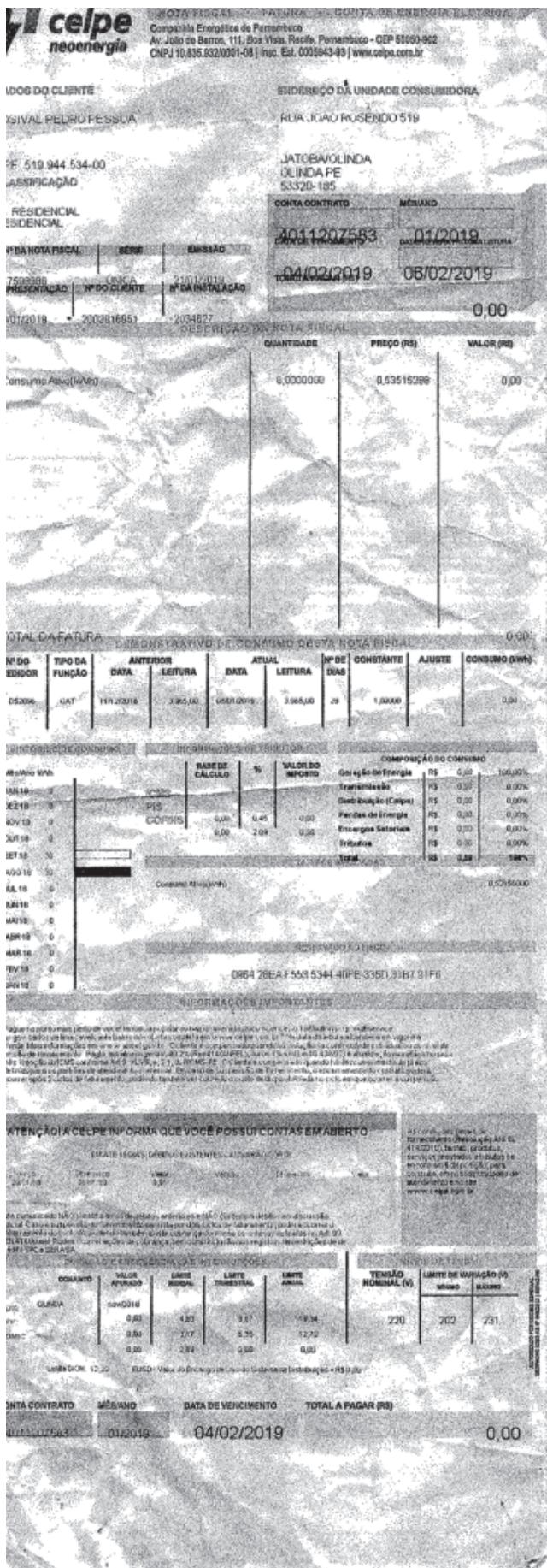
CONTA: 000000055643-0

Nr. da Autenticação E7CA3FDA25C60268



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO, JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01

Assinado eletronicamente por: ANTONIO VES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
https://pje.tjpe.jus.br:443/1c/Processo/ConsultaDocumento/list/view_seam?y=21011313100133700000072039948

<https://pje.tjpe.jus.br:443/tg/Processo/ConsultaDocumento/...>

Núm. 73493262 - Pág. 10



Consulte sua fatura na Internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



CTC RECIFE PE PL2
MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA
AV DR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE 3214
APT 1002 - JANGA
53437-000 PAULISTA - PE



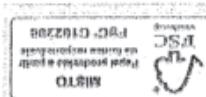
5211094290217170000000405510 280218

Data de Postagem: 28/02/2018

Data da Vencimento: 09/03/2018

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 04/04/2018

1. Adesivo	2. Adesivo	3. Adesivo	4. Adesivo	5. Adesivo	6. Adesivo
7. Adesivo	8. Adesivo	9. Adesivo	10. Adesivo	11. Adesivo	12. Adesivo
Bolha grande ao serviço postal					
EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAMAS - ECT					
01931-878 Rodo Paulista SP					
GARANHUNS-PE 52011-040					
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5					
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040					
10 ABR 2019					
Gente Seguradora SIA					
DEPARTAMENTO DE SINISTROS					
DFVAT					
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO					



Itaucard

Mais rápido e facilidade para você.

Mude para a
Fatura Digital



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190270271 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL PEREIRA **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (FIO DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSO)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINA 11 DESCRIÇÃO CIRÚRGICA.
PÁGINA 06/ 07/ 10 IMAGEM

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Mauricio Fernando Amoroso da SILVA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 488217804-49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
DANIEL PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 702775534-31,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DANIEL PEREIRA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 702775534-31, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

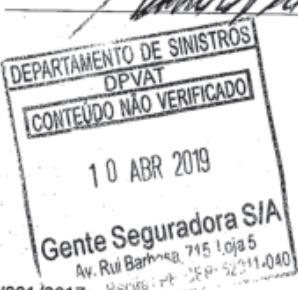
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Al. Dr. Cláudio José Guimenesi, 324</u>		Número:	<u>AP 102</u>
Bairro:	<u>JANÓA</u>	Cidade:	<u>PAULISTA</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>53437-000</u>
E-mail:	<u>82-9-96455752</u> Tel.(DDD): <u>82-985101808</u>			

Local e Data: Recife, 15, Março 2019

Assinatura do Declarante



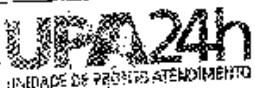
DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>

Num. 73493262 - Pág. 13

Número do documento: 21011313100133700000072039948



UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1341788
at. e Hora: 27/08/2018 09:06

Senha da Classificação:

6499660

Paciente: 482089 DANIEL PEREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/03/1993 Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: DIVA MARIA PEREIRA

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: RUA JOAO ROZENDO

58

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cap: 53402820

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

CRM(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão:

Fone: 87654379

Data de Emissão CRM:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dor no braço, é o pôr relato
de ortopedia por cansaço.

Exame Físico

Nenhum achado

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA
ORPAT
EXAME NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

Hipótese Diagnóstico

Fratura supracondilar de
Coluna

Gente Seguradora SIA

Conduta Terapêutica

Trauma fechado
à sala Amarela

Prescrição Médica

Duto traçado
Dado Axilo-palmar & O
Exanodol 50g - 1x020g
Doxorubicina 1g + ABG de 1000
Cetoperfeno 100g + SE 0,9% (0010) de 1000
200mls

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

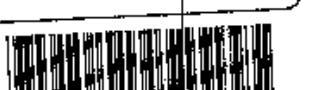
Senha: 6499660

Transferido:

Para:

Dr. Francisco Rossi
Ortopedista
27/08/2018

Carimbos Médicos



1341788



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948

Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 14

recomendação de Dr. Lobo Jr.

Dr. Itacaré

Diagnóstico: nasal.

Dr. G. C. B. Lobo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 4573

Assinatura: [Signature]



Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0100
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/08/2018 09:04 - 27/08/2018 09:05

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Localidade: URUGUAIANA - AMARELO
OR: XXXXXXXXXX AMARELO
Sintoma Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS
RELATO DE ATROPELAMENTO
TRAUMA EM MSE
Observação: ALERGIA-
NEGA SER HIPERTENCA E DIABETICA
Programa sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS
- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/08/2018 09:05

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 16

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/08/2018 15:56

	Nome Paciente:	DANIEL PEREIRA
	Cód. Paciente:	482089
	Data de Nascimento:	29/03/1993
	Sexo:	Masculino
	Idade:	25
	Senha:	0244
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 28/08/2018 15:56 - 28/08/2018 15:56

MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor: AMARELO

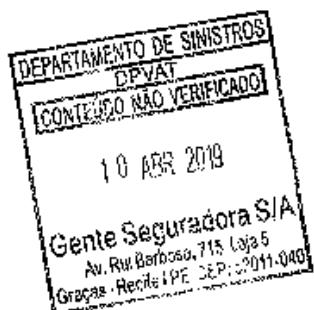
Queixa Principal: FRATURA DO COTOVELO DIREITO

Observação: RENOVAÇÃO DE CADASTRO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Specialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Assinado(a) por: MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 17



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:	Código	Revisão
GESTÃO DE PESSOAS	FAT-SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Daniel Pereira

REGISTRO: 756593 DATA DE NASCIMENTO: 29/03/1993

RG: 8.854.529 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: Rua Humberto de Lima Mendes

nº. 159 Bairro: Jardim Fraguara Olinda

NOME DA MÃE: Direa Maria Pereira

DATA ADMISSÃO: 29/08/2018 DATA ALTA: 08/09/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 06/09/2018 CID: 542.4

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Inferior do Úmero Esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Subcondilaria do Úmero Esquerdo + Transferência de Nervo Cubital

MÉDICO: Arvaldo Coimbra

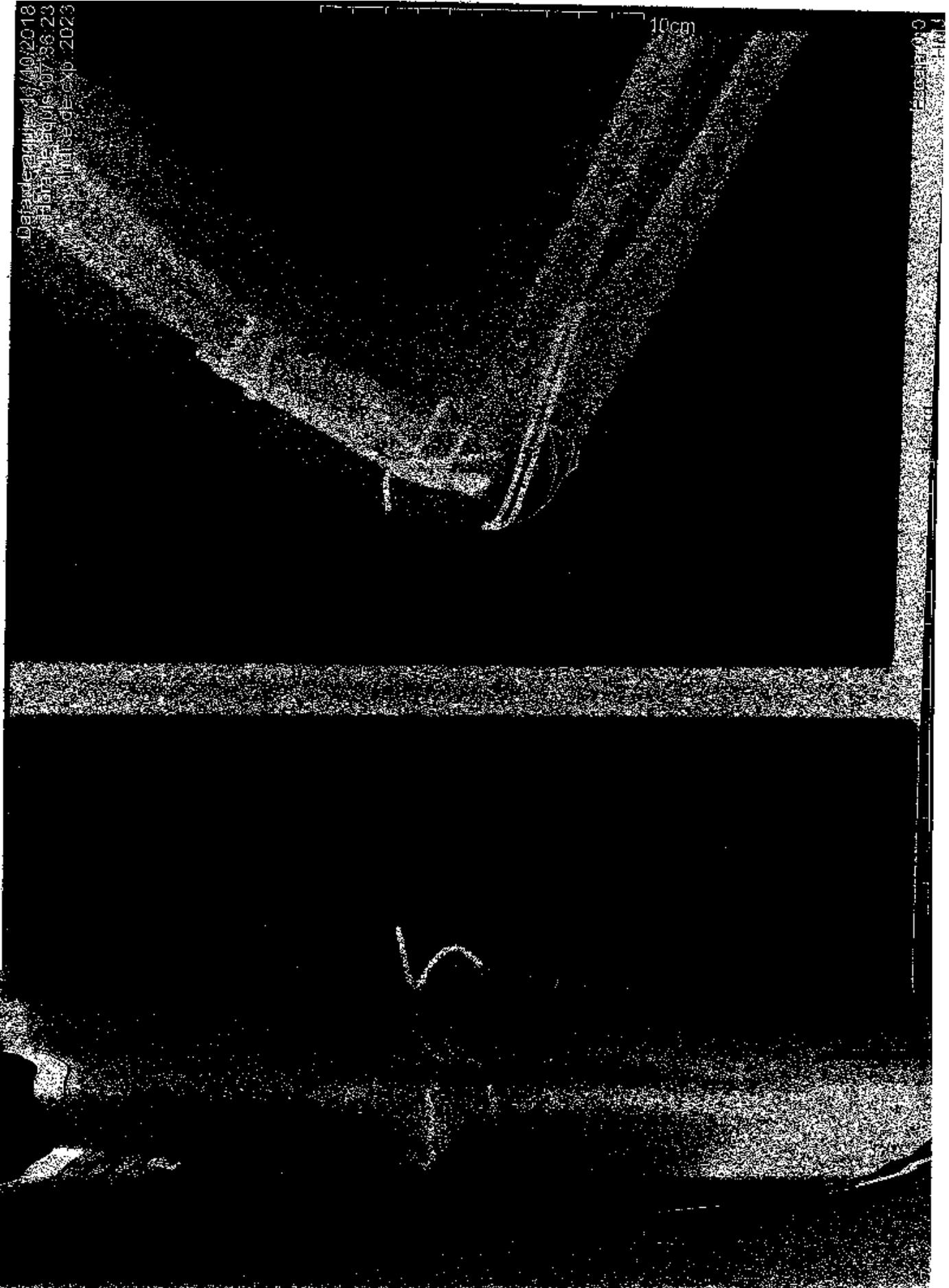
CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GURARAPES, 20 DE Setembro DE 2018.

Dr. Elder Carvalho
Médico
CRM/PE-22023

MÉDICO



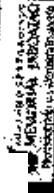


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 19

MARCELO PEREIRA 16.2
x Massa
ta ce na somente 2007 G96
756552 QB T16

Data de aquis.: 05/08/2020
Hora de aquis.: 18:33
Índice da aq.: 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 20

Convênio: SUS - INTERNACAO Abendimento: 174684 Nascimento: 29/03/1993
Responsável: Prontuário: 756593 Sexo: Masculino
Nome: DANIEL PEREIRA Data e Hora do Abendimento: 29/08/18 10:42:19
Idade: 25 Anos, 5 Meses e 0 Dia Profissão: Escolaridade:
CPF: Identidade: 22 Telefone:
Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS:
Nome da Mie: DIVA MARIA PEREIRA Nome do Pai:
Endereço: RUA JOAO ROSENDO, BULTRINS, CEP: 53320185, Nº 519, OLINDA - PE
OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 16 - LEITO 03
Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259 CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE COM FX DE LUMERO, ESQ. ENCAMINHADO DA UPA.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA

EXAME FÍSICO GERAL:

EEG, EUPNÉTICO, AFFARTI, CORADO, HIDRATADA, CONSCIENTE E ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

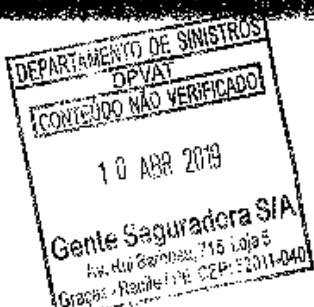
ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:



S-482835

Sumário de Admissão e Alta

Nome: DANIEL PEREIRA

Promotor: 710393

Atendimento: 174004

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Lito: ERF 16 / LITO 421

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): FRATURA DE UMERO DISTAL

CID: S42.4

Procedimento Solicitado: 0403020385 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMEMO

Tempo de permanência Prevista:

04/15/2018

Procedimento SUS Realizado: 0403020107 - TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL

0403020385, Fractura Supracondiliana Umero Esq

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: HUGO SOARES FERNANDES

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento
- Diária de UTI
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti - Rh

- Uso de Prótese Ótese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

SECRETARIA DE SAÚDE - PERNAMBUCO
DODS - DEPARTAMENTO DE ORTHOPEDIA E ARTROSCOPIA
Maria Cecília Matos - CRM-PE: 63246
Manoel Andrade - CRM-PE: 53245

Resumo do Caso: PACIENTE DEU ENTRADA NO SERVIÇO COM FRATURA DE UMEMO DISTAL, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMEMO

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 29/08/2018

Data de Alta: 08/09/18

Dias de Hospitalização:

DR. OSVALDO COMBRA JUNIOR
Ortopedista / Traumatologista
Cr. Ombro / Cotovelo
CRM-PE: 16.589 / TEQ: 13361

dia(s).

HUGO SOARES FERNANDES

CRM: 22247



Avenida General Nazareno Pinheiro - 50120 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 52150-000

Tel: (81) 3451-0300 - www.jipe.org



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>

Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 22

DANIEL PEREIRA 16-3,,

Sex:Masc.

Data de nascimento:29/03/1993

Processo:MPF-16-3

Homem Pessoal

Data da aquis.:30/03/20
Hora da aquis.:14:53:
Índice da exp.:21

COTOVELO

AP
W: 4095, L: 2048

12cm



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 23

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: DANIEL PEREIRA

Prontuário: 756593

Atendimento: 174684

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Sexo: Masculino.

Idade: 25 Anos, 5 Meses e 8 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRANSPOSIÇÃO CUBITAL (COD: 040302010-7)

TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA SUPRA CONDILIANA ÚMERO ESQUERDO (COD:040802038-5)

Data: 06/09/2018

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: HUGO SOARES FERNANDES

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

05. Anestesia:

06. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Dados do Paciente:

PACIENTE EM DESENvoltura

ASSESSIA E ANTESIS

APOSETO DE CAMPOS ESTERILIS

INCISAO POSTERIOR UNIVERSAL PARA EXPOSICAO

OSTEOTOMIA EM CROVON DECLEGRAMO

ABRAGEM DE FRATURA E DESERJADA FAIXA DE ABSORVIMENTO DE FRATURA

REDUCAO DE FRATURA E FIXACAO COM DILATADORES DE FRACTURA E PARAFUSOS BLOCUEADOS E

CORTICAL

LAVAGEM COM SF

ESTESE DE OSTEOUMPLIMENTO DE CLEGRAMO COM SF DE ALTA VISCOSIDADE

TRANSPOSTAO SUBMUSCULAR DE NERVOS CERVICais

ABRISMO DA HEMOSTICA

FECHAMENTO FUT PLANO

DR. OSVALDO COIMBRA JUNIOR
Ortopedia / Traumatologia
Ct. Ombro e Cotovelo
CRM-SP 16.956 / TEDC 13381

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRF-SP 26658



apresenta de PROSMED PRODUTOS MEDICOS LTDA os produtos/ou serviços constituintes da Nota Fiscal Eletrônica indicada no Item:
Instituição: INSTITUTO ALCIDES D'ANDRADE L - HOSP MEM JABOATÃO - AV General Manoel Rabelo, 126 - Engenho Velho - JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE.
Data: 12/09/2018 Valor Total: R\$ 2.900,00

NF-e
Nº 000.066.799
Série 001

127.00 RECEBIMENTO INSCRIÇÃO E ASSINATURA DO REBOZADO



**PROSMED PRODUTOS MEDICOS
LTDA**

Avenida Guaporé Carlos de Lima Cavalcante, 2800
Casa Galada - OLINDA - PE
Fone: (81) 3432-6301 CEP: 53030-260

DANFE

Documento Autorizado
Nota Fiscal Eletrônica

0-ENTRADA
1-SAÍDA

Nº 000.066.799
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

2618 0941 2494 3446 0107 5500 1000 0667 9910 0066 7991

Consulta de autenticidade no portal da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da BEFAZ Autenticadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

126180947914307 12/09/2018 09:44:24

CNPJ

41.249.434/0001-07

DETALHES DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL

019237650

INSCRIÇÃO ESTADUAL DA SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA

DESTINATÁRIO / REMETENTE

INSCRIÇÃO SOCIAL

INSTITUTO ALCIDES D'ANDRADE L - HOSP MEM JABOATÃO

ENDEREÇO

AV General Manoel Rabelo, 126

MUNICÍPIO

JABOATÃO DOS GUARARAPES

UF

PE

CEP

54160-000

DATA DA EMISSÃO

12/09/2018

DATA DA BAIXA

12/09/2018

NOME DA BAIXA

09:23:00

DUPLICATAS

Número

001

Vencimento

30/11/2018

Valor R\$

2.900,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2.900,00

VALOR DO IMPPOSTO

0,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DEBOLHO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACERCAIS/USOS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

2.900,00

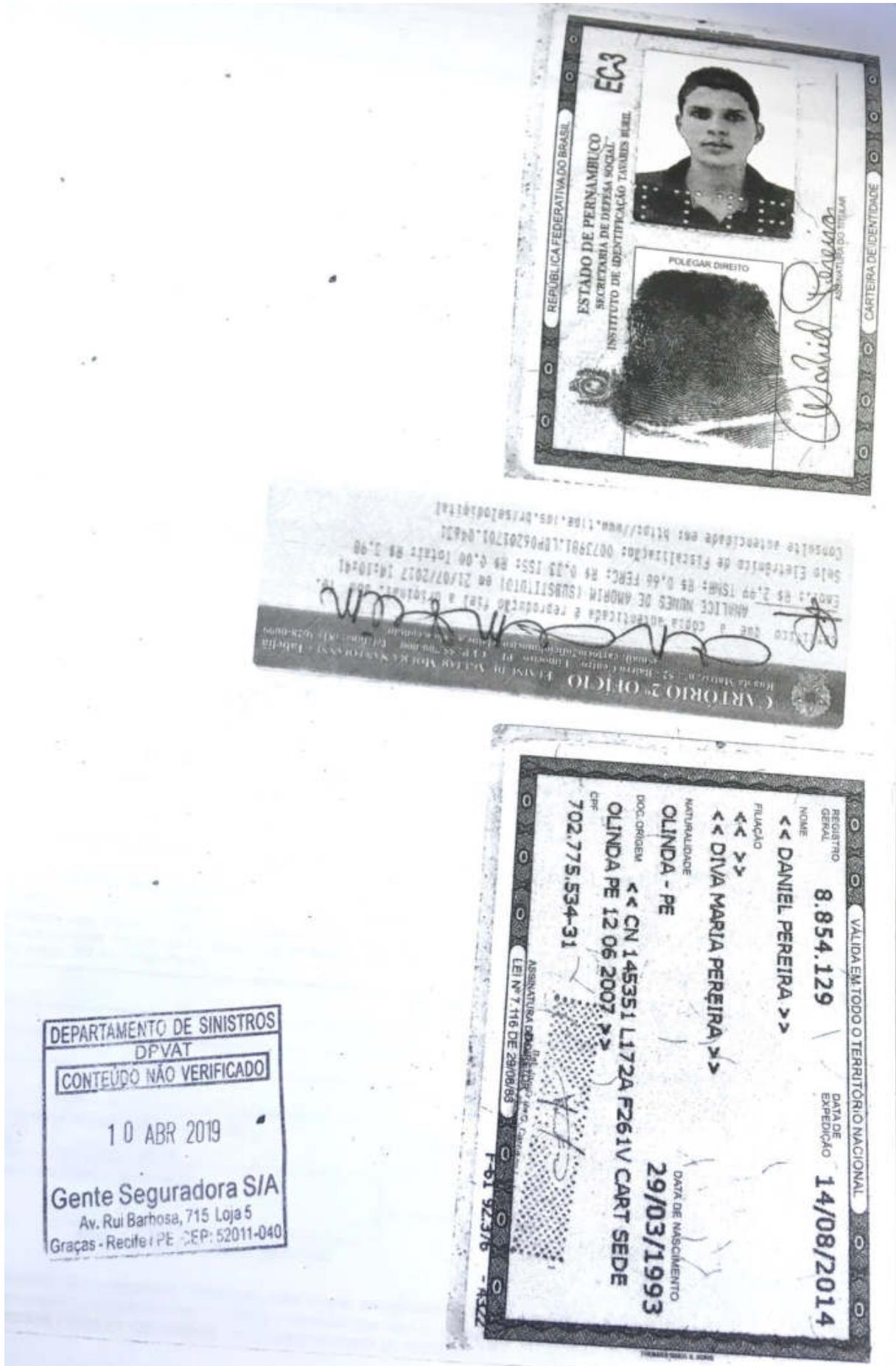
CALCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

0,00

VALOR TOTAL DO ISSQN

0,00



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 26


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
1482727575	
	
MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 2883138 SSP PE	
CPF 488.217.804-49 DATA NASCIMENTO 26/10/1966	
FILHOS MAURINALDO PEREIRA DA SILVA MARIA JOSE ARAUJO DA SILVA	
PERMISSÃO  ACC CAT. HAB. AB	
N° REGISTRO 03956117363 VALIDADE 19/07/2023 1ª HABILITAÇÃO 08/10/1986	
OBSERVAÇÕES A	
<i>Mauricio Fernando Araujo da Silva</i>	
ASSINATURA DO PORTADOR OLINDA, PE DATA EMISSÃO 19/07/2017	
<small>OP</small>  Charles Andreus Souza Ribeiro Diretor Presidente	
ASSINATURA DO EMISSOR 58571334914 PE080271553	
PERNAMBUCO	

PROIBIDO PLASTIFICAR

1482727575



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DANIEL PEREIRA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO
CIVIL: SOLTEIRO, PROFISSAO: ARTESAO RG: 8834129
C.P.F.: 70277553431 ENDEREÇO: RUA JOÃO ROSENDO
n° 519, JATOBÁ, OLINDA PERNAMBUCO.

OUTORGADO: MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA,
Brasileiro, Divorciado, Professor RG:2883138/SDS/PE, CPF:48821780449,
residente a Avenida Doutor Claudio Jose Gueiros Leite, n° 3214, apto 102,
Janga, Paulista, Pernambuco.

PODERES

Por invalidez permanente no acidente ocorrido com a vítima
em 27/08/2018 referente ao **SEGURO DPVAT**, perante a
seguradora Líder e suas Seguradoras conveniadas.



10 ABR 2019

Olinda, 21 de Maio de 2019

AUTORGANTE

Cartório
Rita Rangel

R. Professor José Cândido Pessos, 48
Bairro Novo - Olinda - PE Fone: (81) 3439-1709

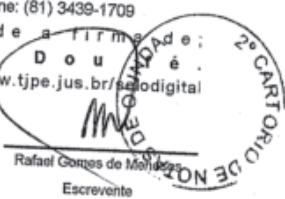
Reconhecimento por autenticidade da firma:
DANIEL PEREIRA. Dou a minha palavra de que
Consulte a autenticidade do selo digital em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo: 0150672.UFJ02201901.00871

Ato: 104 - Reconhecimento de Firma.

Data: 11/03/2019 09:13:36

EMOL: R\$ 3,59 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40



Observação: só reconhecer firma no cartório por autenticidade



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948>
Número do documento: 21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 28

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123409/19

Vítima: DANIEL PEREIRA

Data do acidente: 27/08/2018

CPF: 702.775.534-31

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL PEREIRA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA : 488.217.804-49

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

DANIEL PEREIRA : 702.775.534-31

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: 10/04/2019

Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA
CPF: 488.217.804-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

