



Número: **0001281-94.2020.8.17.3120**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Petrolândia**

Última distribuição : **21/12/2020**

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	
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74048547	25/01/2021 15:03	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159216

Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

Data do Acidente: 01/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

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,

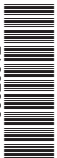
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15730292

Pag. 00023/00024 - carta_01 - INVALIDEZ

00020012





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 Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159216

Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

Data do Acidente: 01/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001112-6**

Conta: **0000015009-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 039.766.344-12 3 - CPF da vítima: 039.765.344-12 4 - Nome completo da vítima: Haroldo Fabricio Siqueira Soares

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

5 - Nome completo: Haroldo Fabricio Siqueira Soares 6 - CPF: 039.765.344-12

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: AG 08 - Bloco 03 - Limão Branco 9 - Número: 560 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Petrolândia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56460-002

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (37) 9634-4507

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ 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: Brasil

AGÊNCIA: 1126 CONTA: 15.0096

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Serra Talhada 22.04.2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLÂNDIA - DP186ªCIRC
DINTER2/22ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0276000367

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/04/2020 às 15:55

Complemento do número: 18E0276000005

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Corpuso (Consumado) que aconteceu no dia 1/8/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, AGROVILA 4 LIMÃO BRAVO**
Bairro: **CENTRO PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA AUTOR/AGENTE,
DAMIÃO CORDEIRO FILHO (OUTRO),
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (veículo na ocorrência da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

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

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDILEUZA SIQUEIRA SOARES** Pai: **JOSE AROLDO SOARES** Data de Nascimento: **13/10/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, AGROVILA 8 LIMÃO BRAVO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAMIÃO CORDEIRO FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAMIÃO CORDEIRO FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OYL6787** - Município: **PETROLÂNDIA** - Renavam: **042425357** - Chassi: **9C2JC4110ER719444**
Ano Fabricação/Modelo: **2014-2014** Combustível: **GASOLINA**




Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE, QUANDO TRAFEGANDO NA CITADA VIA, CONDUZINDO A MOTOCICLETA, APÓS UMA FECHADA DE OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR NA ESTRADA E SOFRER LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA. FICA REGISTRADO PARA OS DEVIDOS FINS.

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

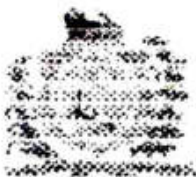
Haroldo Fabricio Siqueira Soares
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES
(VITIMA)

B.O. registrado por ADILSON ALVES QUADRE DE OLIVEIRA Matrícula: 320629-7

 Adilson Alves Q de Oliveira
Comissão Esp. de Polícia
Mat.: 320.629-7

16/04/2020 15:32





DELEGACIA DE POLICIA DA 185ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLANDIA -
DE 186ª CIRC DINTER2/22-DESEC

06/01(43)0, 0000



Classificação do veículo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **NÃO**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Marca: **OT 10757** (PERNAMBUCO/PELOLÂNDIA) Potência: **012420387** Chassi:
0023041106719444

Alto combustível: **201412014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE, QUANDO TRAFEGANDO NA CITADA VIA, CONDUZINDO A MOTOCICLETA, APOS UMA FECHADA DE OUTRO VEICULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO, PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A CAIR NA ESTRADA E SOFREN LESAÃO NA CLAVICULA ESQUERDA. FICA REGISTRADO PARA OS DEVIDOS FINS.

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

Harald Fabricio Siqueira Soares
HAROLD FABRICIO SIQUEIRA SOARES
 (VÍTIMA)

P.O. registrado por: **ADILSON ALVES QUIRUTE DE OLIVEIRA** - Matrícula:
000000-7



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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01112-6

CONTA: 000000015009-6

Nr. da Autenticação 3AE720606EF7AAD6



**DADOS DO CLIENTE**

CPF 039 765 344-12

CLASSIFICAÇÃO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PETROLANDIA - RURAL/PETROLANDIA RU
PETROLANDIA PE
56460-000

CONTA CONTINUTO	NUMERO
4007065350	04/2020
DATA DI VINCIMENTO	DATA PAGAMENTO ORDINARIA/IRREGOLARE
30/04/2020	13/05/2020
TOTALE DA PAGARE	131,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(WWh)-TUSD	215,0000000	0,22206141	72,76
Consumo Alvo(WWh)-TE	215,0000000	0,27676679	59,50
ICMS Subvenção-CDE-NF 36243372-1301/20			0,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 08264632-1000220			0,76

TOTAL DA EATURA

TENDENCIAS DE CONTENIDO DE LA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FEIÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (N/m³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
316800304	CA7	11/09/2008	11 008,00	13/04/2009	11 240,00	33	1,0000		216,00
316800305	CA7	11/09/2008	7 438,00	13/04/2009	7 450,00	33	1,0000		11,00

Índice de Preço do Combustível em São Paulo (1990-1994)

O gráfico de barras mostra a evolução do índice de preço do combustível em São Paulo de 1990 a 1994. O eixo vertical representa o índice, variando de 100 a 250. O eixo horizontal representa o tempo em meses, com rótulos para cada ano: 1990, 1991, 1992, 1993 e 1994. As barras indicam um aumento contínuo no índice ao longo do período, com uma aceleração notável no início de 1994.

ANO	1990	1991	1992	1993	1994
Índice	100	~110	~120	~140	~240

Composição do Combustível

Componente	Porcentagem (%)
Gasolina sem Etanol	45,81
Trinoradecano	4,22
Gasolina com Etanol	25,67
Parafina sem Etanol	9,00
Gasolina Sotróica	5,24
Total	49,84
TANQUE AFICADO	100,00

Fonte: Companhia Saneamento S.A. (CISA) e Companhia Saneamento S.A. (CISA) - São Paulo, 1994.

SET 19 100

AM 18 120

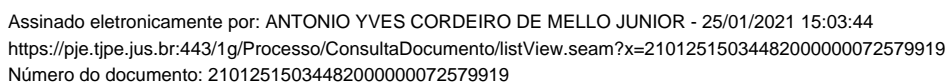
AM 18 300

4384 3AHJ E118 3E33 7048 C9F8 BE48 AFAC

INFORMACIONES IMPORTANTES

[illegible]

À la conception, les paramètres de fonctionnement de l'équipement AMOP (4140002) typiques, groupés, servent de base à la détermination des conditions de l'essai.





MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

CPF 388 710 384-15

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

074838430	UNICA	28/08/2018
28/08/2018	2000138268	3872821

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abco(KWh)	118,0000000	0,77545172	92,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,48
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,44
Contô. Ilum. Pública Municipal			4,53
ICMS Subvenção-CDE-NF 087383544 - 25/09/19			0,82
Multa por atraso-NF 087383544 - 25/09/19			1,82
Juros por atraso-NF 087383544 - 25/09/19			0,98
Atualização (CPI-M)-NF 087383544 - 25/09/19			0,80
PRO-CRIANÇA (081)3412-8880 0800 031 8888			0,88

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
301018218	CAT	25-07-2018	19 219,00	26-08-2018	18 136,00	32	1,00000		119,00

DATA	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	CÓDIGO DO CONTRATO		
AGO 18 118				Geração de Energia	R\$ 34,08	34,08%
SET 18 128				Transmissão	R\$ 3,42	3,48%
JUN 18 123				Distribuição (Cotas)	R\$ 30,71	31,10%
MAI 18 128				Perdas de Energia	R\$ 6,82	6,86%
ABR 18 88				Energia Solar	R\$ 4,88	4,88%
MAR 18 80				Eólica	R\$ 28,21	28,14%
FEV 18 117				Total	R\$ 98,17	100%
JAN 18 124						
DEZ 18 84						
NOV 18 283						

Consumo Atual (R\$):

0,54830001

045A E58E 8273 8E88 8EE0 D013 E884 8881

[illegible]

ATENÇÃO: A BILTA SUPRIMIDA QUE VOCÊ POSSUI CONTÉM ENERGIAS...

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
01/08/19	01/08/19	01/08/19	01/08/19	01/08/19

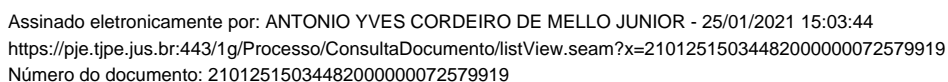
fora comunicado à CG, solicita a este os dados anteriores à CG, posteriormente obtidos em documento
solicita. Caso o requerimento do fornecimento por parte dos dados de segurança, poderá ocorrer o
armazenamento de dados, podendo também ocorrer a solicitação de dados de segurança, podendo ocorrer o
uso de dados. Podem ocorrer ações de controle, bem como ocorrerem as regras de controle de
criado: SPC e SPSA.

CONTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
ENC	JAN2019			
PG	0,00	5,63	10,00	31,73
CMC	0,00	3,30	6,00	13,00
	0,00	3,11	0,00	0,00
LIMITE (ENC) 12,33				

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO 2278078018 MÊS/MANO 08/2019 DATA DE VENCIMENTO 02/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 83800000

838900000001-3 08000011002-5 27807601910-0 14142325083-7





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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744, 25 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Haroldo Fabrício Siqueira Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.765.344 - 12

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Haroldo Fabrício Siqueira Soares

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.765.344, 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Pessoa Renda: Pessoa 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>Rua Francisco Olayo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>PESEP</u>	Cidade: <u>Senna Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56912-130</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Senna Talhada 24.04.2020

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V00172017





PREFEITURA MUNICIPAL DE PETROLÂNDIA
HOMUPE - Dr. Francisco Simões de Lima
Av. Djalma Wanderley, s/n - Petrolândia - Pernambuco
CEP: 56460-000 - Fone: (87) 3851.2262/1192 - CNPJ: 03.737.238/0001-83

SERVIÇO DE PRONTO
ATENDIMENTO

5225133

Haroldo Fabricio S. Soares

140203735

Dni: 33/30/1984

R. AG. 08 Br. 03

Mãe: R. L. B. S. Soares

Data: 02/08/17

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO MODO Automóvel ☐ Ônibus ☐ Moto ☒ Outro ☐
Atropelamento ☐ Colisão ☐ Capotagem ☐ Outro ☒ Ignorado ☐

☐ AGRESSÃO

POR MODO Assalto ☐ Arma de Fogo ☐ Briga ☐ Arma Branca ☐ Ação Policial ☐ Espancamento ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ AUTO-AGRESSÃO / SUICÍDIO

POR Arma de Fogo ☐ Enforcamento ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado ☐
Arma Branca ☐ Veneno ☐ Etilismo ☐

☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimadura ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

☐ LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado ☐

ATENDIMENTO

Queixa Principal - Motivo

· Paciente vítima de queda de
moto no ± 16. Refusou dar assistência
da classificação segundo Glasgow 15.

Exame Físico

PESO TEMP. PA FR



EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO

Solicitado Rx da clavícula esquerda OK
 - Tipóica
 - Exame realizado p/ Sina Toffa

Diagnóstico Inicial

Artrite de crato

Diagnóstico Definitivo

Hora e Data da Alta

Médico - Assinatura - Carimbo

12/25

Faturamento - SIA - SUS

Proced.

Esp.

Idade



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AAB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com.

CLÍNICANúmero do Registro: 38367Data: 01/08/17**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Harald Fabiano Liqueira Soares
Idade: 35 Sexo: Masc. Cor: Parda Estado Civil: Casado
Profissão: Motorista Naturalidade: _____ Nacionalidade: Brasil

Endereço:

Rua: R. João Cipriano Pereira N.º: 269 Bairro: Centro
Idade: Itaembé Estado: PE Fone: 96461183

Filiação:

Pai: João Harold Soares
Mãe: Edilene Liqueira Soares

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Fratura de humerus

Hipótese Diagnóstica: Fratura de humerus

Exames Solicitados: RA

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM 03/08/17

Cirurgia Realizada: <i>Art. 8.º - Clavícula</i>		N.º de ...	
Data: <i>02/08/17</i>	Início:	Término:	
Cirurgião: <i>Colina</i>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista: <i>[assinatura]</i>

De
1.º - [assinatura]
2.º - [assinatura]
3.º - [assinatura]
4.º - [assinatura]

Dr. Ederaldo A. Silva
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM: 15.122
 CPF: 882.721.544-20




VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1221662851

PROIBIDO PLASTIFICAR
1221662851

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

NOME
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5087000 SSP PE

CPF
039.765.344-12

DATA NASCIMENTO
13/10/1981

FILIAÇÃO
JOSE AROLDO SOARES
EDILEUZA SIQUEIRA
SOARES

PERMISSÃO
AD

ACC
AD

CAT. HAB
AD

Nº REGISTRO
01847587492

VALIDADE
15/02/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/06/2001

OBSERVAÇÕES
sem observações

Haroldo Fabricio Siqueira Soares
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
16/02/2016

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

11015586384
PE071308121

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:03:44
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515034482000000072579919>
 Número do documento: 21012515034482000000072579919

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014801845114
VIA COD RENAME R.N.T.C. EXERCÍCIO
1 1012425387 ***** 2019
HAROLDO EXERCÍCIO HIGUEIRA SOARES
NOME

PETROLANDIN-FX
CPF/CNPJ PLACA
039.765.364-12 0716707
PLACA ANT. UF CHASSI
***** APH 9026011000719044

FAS /MOTOCICLETA
ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
HONDA/CG 125 EBN KS
MARCA/MODELO
2P/124CL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
DIRIGIDA TRICOLA

IPVA 2019 QUATRO VENC. COTA UNICA 1º VENC. COTAS
FAIXA I PVA PARCELAMENTO COTAS 2º
A 1 80.11 0.32 02.38 04/02/19
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) FREIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL
Petrolandia
NOME DO DETENTOR DO VEICULO
10/02/19
DATA

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

PE Nº 014801845114 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA CPF/CNPJ EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
1 039.765.364-12 2019 10/02/19
RENAME 1012425387
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 EBN KS
ANO FAB. 2019
OT. TAR. 124CL
Nº CHASSI 9026011000719044

PREMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05
DENATRAM (R\$) 4.01
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15
IOF (R\$) 1.52
CUSTO DO SEGURO (R\$) 18.63
CUSTO DO SEGURO SEM IOF (R\$) 17.11
PAGAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 04/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.668/0001-04

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:03:44
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515034482000000072579919



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159216 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES **Data do acidente:** 01/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159216 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES **Data do acidente:** 01/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 4/5

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Heraldo Fabricio Sigueres Soares

portador(a) do documento de identidade nº 5087000, expedido por SSP-PE, em

17/02/2000 inscrito no CPF sob o nº 039.765.344-12, residente na

Agrivile 08 Bloco 03 Limão Bravo, nº 40

complemento Projeto ico-maua Bairro Zona Rural, cidade

Petrolandia, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001 inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Petrolandia 22 de Abril de 2020.

Outorgante Heraldo Fabricio Sigueres Soares

