



Número: **0141029-74.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.113,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINA GOMES MACIEL (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58845126	05/03/2020 16:52	2698701_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE – SEÇÃO B

Processo: 01410297420188172001

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Av. Das Nações Unidas, 11.711 - 21º Andar - Brooklin Paulista - São Paulo - SP - CEP: 04578-000, inscrita no CNPJ sob o número 61.074.175/0001-38 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SEVERINA GOMES MACIEL**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **02/05/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **06/11/2018**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 06/11/2018 após 18 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 02/05/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **02/05/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 337,50 (TREZENTOS E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SEVERINA GOMES MACIEL**, em curso perante a **25ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 01410297420188172001.

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0141029-74.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.113,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINA GOMES MACIEL (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58845127	05/03/2020 16:52	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013729340599

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

1

COD. RENAVAM

531590151

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

2018

NOME

SEVERINA GOMES MACIEL

EXCELSIOR SEGUROS

07 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

RECIFE-PE

CPF / CNPJ

069.893.204-86

PLACA

PGH6305

PLACA ANT / UF

***** / PE

CHASSI

952G150STCM003095

ESPÉCIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

GARINNI/GR150 ST

ANO FAB.

2012

ANO MOD.

2012

CAP / POT / CIL

2P/150CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

1ª *****

2ª *****

3ª *****

I
P
V
A

1 FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

RECIFE

LOCAL

DATA

02/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA VULNERÁVEL

Data do óbito da vítima:

☐ Vítima

☐ Separado judicialmente

☐ Divorciado

☐ Casado (no civil)

☐ Solteiro

☐ Estado civil da vítima:

☐ Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

☐ Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome e o endereço

CONTRAN

Transferência de Propriedade



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

Suelina Ceres Nacile

DATA DO ACIDENTE

02-05-17 CPF DA VITIMA

069.893.204-86

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA E

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- (X) CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- (X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- (X) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL, QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS
07 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- () CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES (QUITADAS)
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODODANSISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

02-11-17

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

02-11-18

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180524299 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180524299 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180524299 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR, INCHAÇO E DORMÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA E NO TORNOZELO ESQUERDO. NÃO HÁ EDEMA, HIPOTROFIA, NEM DOR À PALPAÇÃO. APRESENTA REDUÇÃO DISCRETA NA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO. JOELHO LIVRE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO. RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 09/05/17. EM 25/08/17, RETIROU FIXADOR EXTERNO. FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 2 MESES. RECUPERAÇÃO OCORREU SEM INTERCORRÊNCIA. REALIZOU ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NÃO APRESENTA LAUDO MÉDICO NEM RADIOGRAFIA RECENTE. ÚLTIMO EXAME DE IMAGEM DE SETEMBRO DE 2017.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rayssa Silva Leal Mousinho

CRM do médico: 22116

UF do CRM do médico: PE

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 tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180524299 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR, INCHAÇO E DORMÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA E NO TORNOZELO ESQUERDO. NÃO HÁ EDEMA, HIPOTROFIA, NEM DOR À PALPAÇÃO. APRESENTA REDUÇÃO DISCRETA NA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO. JOELHO LIVRE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO. RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 09/05/17. EM 25/08/17, RETIROU FIXADOR EXTERNO. FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 2 MESES. RECUPERAÇÃO OCORREU SEM INTERCORRÊNCIA. REALIZOU ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NÃO APRESENTA LAUDO MÉDICO NEM RADIOGRAFIA RECENTE. ÚLTIMO EXAME DE IMAGEM DE SETEMBRO DE 2017.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rayssa Silva Leal Mousinho

CRM do médico: 22116

UF do CRM do médico: PE

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 tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

Outorgante: Severina Gomes Maciel brasileiro (a), estado civil solteira, profissão Empresária, residente e domiciliado à Rua Mojon d'água nº 100 bairro: Parque das Pedras Município de Recife, Estado de(o) PERNAMBUCO, Cep: 50.000-000, portador(a) do Rg nº: 6104805 e CPF nº 06959320486

Outorgado: MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado(a) à Rua TOMAZ GONZAGA, nº 248, bairro: ZUMBI Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO Cep.: 50.711-090, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

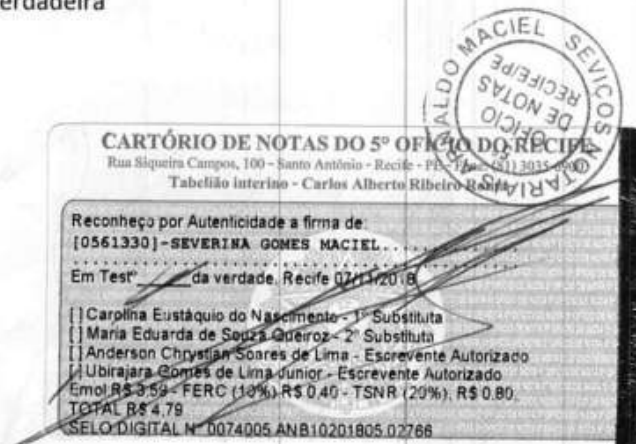
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severina Gomes Maciel, ocorrido em 02/05/2017 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

RECIFE, 07 de 11 de 2018.

Severina Gomes Maciel
Outorgante
CPF Nº 069.593.204-86

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405106/18

Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL

CPF: 069.893.204-86

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINA GOMES MACIEL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA : 059.058.754-48

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

SEVERINA GOMES MACIEL : 069.893.204-86

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: 07/11/2018
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

RAIANNE SILVA BARBOSA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405106/18

Número do Sinistro: 3180524299

Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL

CPF: 069.893.204-86

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 02/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINA GOMES MACIEL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 27/11/2018
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180524299**

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINA GOMES MACIEL**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Major Davino, 4, A - Fundão - Recife - PE - CEP 52130-080

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **6104803**

Data e local do acidente: [**02/05/2017**]

RUA MAJOR DAVINO, 1 - BAIRRO FUNDÃO - RECIFE - PE.

Data e local do exame: [**10/12/2018**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

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

A VÍTIMA REFERE DOR, INCHAÇO E DORMÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA E NO TORNOZELO ESQUERDO. NÃO HÁ EDEMA, HIPOTROFIA, NEM DOR À PALPAÇÃO. APRESENTA REDUÇÃO DISCRETA NA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO. JOELHO LIVRE.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO. RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 09/05/17. EM 25/08/17, RETIROU FIXADOR EXTERNO. FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 2 MESES. RECUPERAÇÃO OCORREU SEM INTERCORRÊNCIA. REALIZOU ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NÃO APRESENTA LAUDO MÉDICO NEM RADIOGRAFIA RECENTE. ÚLTIMO EXAME DE IMAGEM DE SETEMBRO DE 2017.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

Rayssa Silva Leal Mousinho
Médica
CRM-PE 22116
"Deus tem o poder, Jesus Cristo e nós somos salvos"

Rayssa Silva Leal Mousinho - CRM: 22116 - PE



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINA GOMES MACIEL

Nº Sinistro: 3180524299

Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL

Data do Acidente: 02/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180524299**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13568373

Pag. 00761/00762 - carta_01 - INVALIDEZ

00020381



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180524299

Vítima: SEVERINA GOMES MACIEL

Data do Acidente: 02/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINA GOMES MACIEL

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

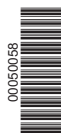
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00115/00116 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13582439



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:
	069.893.204-86	Luciana Gomes Maciel
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Luciana Gomes Maciel	069.893.204-86	
Profissão:	Número:	Complemento:
do lar	2	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Fundão	Recife	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55.000-000	(81) 997140111

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0049 CONTA: 92916 3	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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	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: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

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

Assinatura

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.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0106002891**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2018** às
08:15

Complementa o BO Número: 17E0106002873

**OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que
aconteceu no dia 2/6/2017 às 07:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MAJOR DAVINO, 1 - Bairro: FUNDAO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
CICERO ANTONIO SIQUEIRA CESARIO (OUTRO)
SEVERINA GOMES MACIEL (VITIMA)**

EXCELSIOR SEGUROS

07 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CICERO ANTONIO SIQUEIRA CESARIO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): SEVERINA GOMES MACIEL**

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

**SEVERINA GOMES MACIEL (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
GOMES MACIEL Pai: JOAQUIM MARINHO MACIEL Data de Nascimento: 30/8/1978
Naturalidade: PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA MAJOR DAVINO, 4, CASA 04-A - CEP: 55000-000 - Bairro:
FUNDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**CICERO ANTONIO SIQUEIRA CESARIO (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: RUA MAJOR DAVINO, 4, CASA 4 A - CEP: 55000-000 - Bairro:
FUNDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINA GOMES MACIEL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO ANTONIO SIQUEIRA CESARIO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA POM6305**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRA DA MOTOCICLETA DE PLACA POM6305, CONDUZIDA POR SEU MARIDO, QUANDO VIU UMA KOMBI NO SENTIDO CONTRÁRIO, SE ASSUSTOU CAINDO DA REFERIDA MOTOCICLETA. QUE FOI SOCORRIDA PARA UPA DE OLINDA E TEVE FRATURA NA PERNA ESQUERDA.

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

Severina Gomes Maciel
SEVERINA GOMES MACIEL
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GILBERTO BEZERRA ROCHA** - Matrícula: **3847742**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0106002873**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/09/2017** às
12:07

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu
no dia **2/5/2017** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MAJOR DAVINO, 1 - Bairro: FUNDÃO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
SEVERINA GOMES MACIEL (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
SEVERINA GOMES MACIEL**

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

**SEVERINA GOMES MACIEL (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
GOMES MACIEL Pai: JOAQUIM MARINHO MACIEL Data de Nascimento: 26/2/1978
Naturalidade: PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA MAJOR DAVINO, 04, CASA 04-A - CEP: 55000-000 - Bairro:
FUNDÃO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEVERINA GOMES MACIEL, que
estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINA GOMES MACIEL
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PGH6305**



Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA NO CARONA DA MOTOCICLETA DE PLACA POR0385, CONDUZIDA POR SEU MARIDO, QUANDO VIU UMA KOMBİ NO SENTIDO CONTRÁRIO, SE ASSUSTOU CAINDO DA REFERIDA MOTOCICLETA. QUE FOI SOCORRIDA PARA UPA DE OLINDA E TEVE FRATURA NA PERNA ESQUERDA.

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

Severina Gomes Maciel
SEVERINA GOMES MACIEL
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *[Assinatura]* VIVIANE BORDA MARTINS FERREIRA - Matrícula: 221874-6





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:
	069.893.204-86	Severina Gomes Maciel
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Severina Gomes Maciel	069.893.204-86	
Profissão:	Número:	Complemento:
do lar	7	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Fundão	Recife	PE
E-mail:	CEP:	
	55.000-000	
	Tel.(DDD):	
	(85) 997140111	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0699

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 92916

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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: 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

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

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.



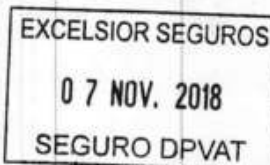


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001246 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^a). CICERO ANTONIO SIQUEIRA CEZARIO , 53 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 2956981 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 583.708.034-15, residente à RUA MAJ DAVINO, nº 4, , FUNDAO , RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/05/2017, por volta das 08:06 hs, no endereço: RUA MAJOR DAVINO , 123, FUNDAO RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTO, envolvendo MOTOCICLETA GARINI, PRETA, PLACA PGH6305-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^a) SEVERINA GOMES MACIEL , inscrito sob o CPF nº 069.893.204-86 e Registro Geral nº 6104803, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB ADELMO. Foi transportado(a) para o UPA OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1135568. Ficou aos cuidados do médico EDGAR, registro 4673. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 05/09/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/> , consultar protocolo nº 2017APH001246

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINA GOMES MACIEL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000092916-3

Nr. da Autenticação 218D4DA8E6D3CF68



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																																																																																											
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 Grupo Neocenergia www.celpe.com.br			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 - COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																																																						
DADOS DO CLIENTE SEVERINA GOMES MACIEL CPF: 069.893.204-88 NIS: 16563157425 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MAJ DAVINO 4 A FUNDÃO/RECIFE 52130-080 RECIFE PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br		DATA DE VENCIMENTO 15/09/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/09/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/09/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 000688919 CONTA CONTRATO 002666468018 Nº DO CLIENTE 2002694066 Nº DA INSTALAÇÃO 0002936170																																																																																							
		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico																																																																																									
		RESERVADO AO FISCO CA48.CBC8.A2C9.7055.33F4.678A.A60B.AD8C																																																																																									
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																																											
EXCELSIOR SEGUROS		07 NOV. 2018 SEGURO DPVAT																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo até 30 kWh</td> <td>30,00</td> <td>0,17035803</td> <td>5,11</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh</td> <td>70,00</td> <td>0,29204234</td> <td>20,44</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh</td> <td>2,00</td> <td>0,43806351</td> <td>0,87</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>0,29</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira VERMELHA</td> <td></td> <td></td> <td>1,24</td> </tr> <tr> <td>Contribuição Iluminação Pública</td> <td></td> <td></td> <td>13,67</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>41,59</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17035803	5,11	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,29204234	20,44	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	2,00	0,43806351	0,87	Acréscimo Bandeira AMARELA			0,29	Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,24	Contribuição Iluminação Pública			13,67	TOTAL DA FATURA			41,59	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">TARIFAS APLICADAS</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo até 30 kWh</td> <td>0,16415700</td> <td>SET 17</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh</td> <td>0,28141200</td> <td>AGO 17</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh</td> <td>0,42211800</td> <td>JUL 17</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 17</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAI 17</td> <td>105</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 17</td> <td>94</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 17</td> <td>105</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 17</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 17</td> <td>114</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 16</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 16</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 16</td> <td>108</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 16</td> <td>108</td> </tr> </tbody> </table>		TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo até 30 kWh	0,16415700	SET 17	102	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,28141200	AGO 17	96	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,42211800	JUL 17	95			JUN 17	87			MAI 17	105			ABR 17	94			MAR 17	105			FEV 17	63			JAN 17	114			DEZ 16	96			NOV 16	102			OUT 16	108			SET 16	108
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																																								
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17035803	5,11																																																																																								
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,29204234	20,44																																																																																								
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	2,00	0,43806351	0,87																																																																																								
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,29																																																																																								
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,24																																																																																								
Contribuição Iluminação Pública			13,67																																																																																								
TOTAL DA FATURA			41,59																																																																																								
TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																									
Consumo Ativo até 30 kWh	0,16415700	SET 17	102																																																																																								
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,28141200	AGO 17	96																																																																																								
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,42211800	JUL 17	95																																																																																								
		JUN 17	87																																																																																								
		MAI 17	105																																																																																								
		ABR 17	94																																																																																								
		MAR 17	105																																																																																								
		FEV 17	63																																																																																								
		JAN 17	114																																																																																								
		DEZ 16	96																																																																																								
		NOV 16	102																																																																																								
		OUT 16	108																																																																																								
		SET 16	108																																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,00</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>27,92</td> <td>0,64</td> <td>0,17</td> <td>27,92</td> <td>3,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0,83</td> </tr> </tbody> </table>		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								ICMS		PIS		COFINS				BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	0,00		0,00	27,92	0,64	0,17	27,92	3,00								0,83	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</th> </tr> <tr> <th>RS</th> <th>%</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Geração de Energia</td> <td>11,48</td> <td>41,13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td>1,09</td> <td>3,30</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distribuição (Celpe)</td> <td>8,86</td> <td>32,16</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Encargos Setoriais</td> <td>2,67</td> <td>9,56</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tributos</td> <td>1,00</td> <td>3,58</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>27,92</td> <td>100</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				RS	%			Geração de Energia	11,48	41,13		Transmissão	1,09	3,30		Distribuição (Celpe)	8,86	32,16		Encargos Setoriais	2,67	9,56		Tributos	1,00	3,58		TOTAL	27,92	100																	
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																																											
ICMS		PIS		COFINS																																																																																							
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%																																																																																				
0,00		0,00	27,92	0,64	0,17	27,92	3,00																																																																																				
							0,83																																																																																				
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																																																																																											
RS	%																																																																																										
Geração de Energia	11,48	41,13																																																																																									
Transmissão	1,09	3,30																																																																																									
Distribuição (Celpe)	8,86	32,16																																																																																									
Encargos Setoriais	2,67	9,56																																																																																									
Tributos	1,00	3,58																																																																																									
TOTAL	27,92	100																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="10">DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th rowspan="2">TIPO DA FUNÇÃO</th> <th colspan="2">ANTERIOR</th> <th colspan="2">ATUAL</th> <th rowspan="2">Nº DAS</th> <th rowspan="2">CONSTANTE</th> <th rowspan="2">AJUSTE</th> <th rowspan="2">CONSUMO kWh</th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MEB5993</td> <td>CAT</td> <td>06/08/2017</td> <td>16.061,00</td> <td>08/09/2017</td> <td>16.163,00</td> <td>31</td> <td>1,00000</td> <td>0,00</td> <td>102,08</td> </tr> </tbody> </table>		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	MEB5993	CAT	06/08/2017	16.061,00	08/09/2017	16.163,00	31	1,00000	0,00	102,08	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</th> </tr> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>MÉDIA MENSAL</th> <th>MÉDIA TRIM.</th> <th>MÉDIA ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">jul2017</td> </tr> <tr> <td>DC-Nº de horas sem Energia</td> <td>SÃO BENEDITO</td> <td>0,51</td> <td>4,35</td> <td>9,91</td> <td>18,92</td> </tr> <tr> <td>RC-Nº de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>2,00</td> <td>3,17</td> <td>6,35</td> <td>12,70</td> </tr> <tr> <td>DMC-Duração máxima de interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,39</td> <td>2,77</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DCR-Duração de interrupção em dia crítico</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Limite DCR: 12,22</td> </tr> <tr> <td colspan="6">BUB-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,62</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Só Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DCR, FIC, DMC e DCR1 a qualquer tempo.</td> </tr> </tbody> </table>		DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL	jul2017						DC-Nº de horas sem Energia	SÃO BENEDITO	0,51	4,35	9,91	18,92	RC-Nº de vezes sem Energia		2,00	3,17	6,35	12,70	DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,39	2,77	0,00	0,00	DCR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DCR: 12,22			BUB-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,62						Só Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DCR, FIC, DMC e DCR1 a qualquer tempo.					
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																																											
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																																																																		
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																																																																																						
MEB5993	CAT	06/08/2017	16.061,00	08/09/2017	16.163,00	31	1,00000	0,00	102,08																																																																																		
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																																																											
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL																																																																																						
jul2017																																																																																											
DC-Nº de horas sem Energia	SÃO BENEDITO	0,51	4,35	9,91	18,92																																																																																						
RC-Nº de vezes sem Energia		2,00	3,17	6,35	12,70																																																																																						
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,39	2,77	0,00	0,00																																																																																						
DCR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DCR: 12,22																																																																																								
BUB-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,62																																																																																											
Só Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DCR, FIC, DMC e DCR1 a qualquer tempo.																																																																																											
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isonção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 25,00. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>		NÍVEIS DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																																																												
NÍVEIS DE TENSÃO																																																																																											
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																																										
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																																									
220	202	231																																																																																									
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																																																																									
FATURA PAGA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CONTA CONTRATO</th> <th>MÊS/ANO</th> <th>TOTAL A PAGAR(R\$)</th> <th>VENCIMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>002666468018</td> <td>09/2017</td> <td>0,00</td> <td>15/09/2017</td> </tr> </tbody> </table>		CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	002666468018	09/2017	0,00	15/09/2017																																																																																		
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO																																																																																								
002666468018	09/2017	0,00	15/09/2017																																																																																								



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Aíra L. de O. Veigo inscrito (a) no CPF/CNPJ 059.058.754-48,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fluxina Gomes Maciel inscrito
(a) no CPF sob o Nº 069.893.204-86, do sinistro de DPVAT cobertura involuntária da vítima
Fluxina Gomes Maciel, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.893.204-86, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

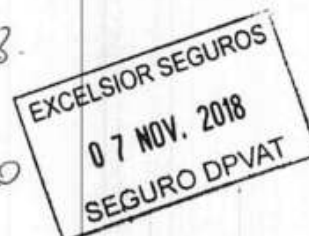
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Tomaz Gonzaga</u>		Número <u>248</u>	Complemento -
Bairro <u>Zumbi</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.711-090</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99744011</u>

Recife, 07 de novembro de 2018.
Local e Data

Maria Aíra L. de O. Veigo
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5359362 RDS PE

CPF
059.058.754-48

DATA NASCIMENTO
07/01/1985

FILIAÇÃO
MARCOS ANTONIO DE
QUEIROZ VEIGA
EVA AUREA DE LUCENA AR
AGAO DE QUEIROZ VEIGA

REPASSACAO
ACQ
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02946519314

VALIDADE
01/04/2020

7ª HABILITACAO
18/07/2003

VALIDA EM TODO
O TERRITORIO NACIONAL
1024537059

PROIBIDO PLASTIFICAR
1024537059

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Portador
Lucia Auro L. de Q. Veiga

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSAO
06/04/2015

Assinatura do Emissor
31999841756
PR065874730

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

EXCELSIOR SEGUROS
07 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

