



06/04/2020

Número: **0008822-43.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60322701	06/04/2020 13:24	2709570_CONTESTACAO_	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00088224320208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

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 **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO**, 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 **17/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 24/09/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Ademais, cumpre ressaltar a ausência de nexo causal entre o acidente e as lesões apresentadas pela parte autora tendo em vista a controvérsia de informações nos documentos apresentados aos autos e a ausência de

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



boletim médico comprovando qualquer acompanhamento ou tratamento médico capaz de atestar a invalidez alegada.

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.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DA AUSÊNCIA DO BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que não foi instruída com os documentos essenciais à propositura da ação.

O autor não acostou o boletim de primeiro atendimento médico, documento essencial para comprovar o nexo causal do acidente.

Não se pode olvidar acerca da existência de requisitos formais para o ajuizamento de qualquer demanda, os quais são tradicionalmente denominados na praxe forense de requisitos da petição inicial, estes elencados no art. 319 do Novo Código de Processo Civil, que pedimos escusas para transcrever, senão vejamos:

“Art. 319. A petição inicial indicará:

I - O juiz ou tribunal, a que é dirigida;

II - Os nomes, prenomes, estado civil, profissão, domicílio e residência do autor e do réu;

III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;

IV - o pedido, com as suas especificações;

V - o valor da causa;

VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;

VII - o requerimento para a citação do réu.”

Em prosseguimento, cumpre salientar o disposto no art. 330, I e parágrafo primeiro, Novo Código de Processo Civil, *ipsis literis*:

“Art. 330. A petição inicial será indeferida:

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



I - quando for inepta;

Parágrafo primeiro. Considera-se inepta a petição inicial quando

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir;

II – o pedido for indeterminado, ressalvadas as hipóteses legais em que se permite o pedido genérico;

III – da narração dos fatos não decorrer logicamente a conclusão;

VI – conter pedidos incompatíveis (...).”

Merece destaque, portanto, o disposto no art. 485, I, do Código de Processo Civil. Vejamos:

“Art. 485. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito:

I - quando o juiz indeferir a petição inicial; (...);”

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto a comprovada omissão do autor com relação aos fatos narrado e o fato desta não ter colacionado aos autos documentos exigíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO MÉRITO

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, CPC¹.

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.

¹“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)



DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DO AUTOR

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES E DA AUSÊNCIA DE BOLETIM MÉDICO CONCLUSIVO

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o boletim de atendimento médico.

Verifica-se que na exordial a parte autora afirma ter sido vítima de acidente de trânsito no dia 17/07/2019, todavia, a certidão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) relata atendimento à autora no dia 17/08/2019, um mês após a data alegada.

Ademais, também é possível observar que a parte autora não apresenta aos autos boletim médico conclusivo, capaz de comprovar qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a alegada invalidez permanente.

Assim sendo, requer a intimação do autor para que preste esclarecimentos acerca da dinâmica do sinistro, sob pena de ausência de nexo causal.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao SAMU de Santa Cruz do Capibaribe – PE e à UPA de Capibaribe - PE, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, devendo informar a data de atendimento à parte autora e quais foram as lesões apresentadas, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito².**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme elencado acima, verifica-se que na exordial a parte autora afirma ter sido vítima de acidente de trânsito no dia 17/07/2019, todavia, a certidão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) relata atendimento à autora no dia 17/08/2019, um mês após a data alegada:

²X-SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)





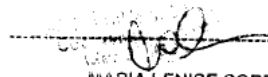
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **ADEMIR FELIPE JOAQUIM DA SILVA**, NASCIMENTO, CPF- 112.157.694-07, RG-878.954.0-SDS/PE que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID-0504, REG-24.758, no dia 17 de agosto 2019, às 22h e 45min, próximo ao Jardins Capibaribe, com queixa de queda de moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)** que prestou atendimento à vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de imobilização, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 20 DE AGOSTO 2019


MÁRIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Ademais, também é possível observar que a parte autora não apresenta aos autos boletim médico conclusivo, capaz de comprovar qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a alegada invalidez permanente.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo³.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

³ APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.



DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

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.

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.”

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



Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca da 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.

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

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 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

⁷ art. 1º . (...)

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



Para fins do exposto 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, 25 de março 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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



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/CE 27.954-A, **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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00088224320208172001.

Rio de Janeiro, 25 de março 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: **0008822-43.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60322709	06/04/2020 13:24	ANEXO 1	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M^o MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.157.694 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura SNVULIDEZ da Vítima ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.157.694 / 07, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA		03	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	PE	55192-305
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	81-797700-1998		81-98129-8619

Santa Cruz do 11 de Outubro de 2019
CAPIBARIBE Local e Data

Adriana M^o M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO** nascido em 21/06/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 17/07/2019 por volta das **23h04min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 22 de AGOSTO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

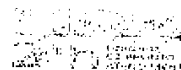

JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)



UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

Dem. 12/10

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0249314 17/07/2019 23:04:19

Código: 0099986

Paciente: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

SUS:

Sexo: M

D. Nasc.: 21/06/1994

Idade: 24 ANOS

RG:

CPF:

Profissão:

Filiação: Mãe: ADELMA VIEIRA BARBOSA

Pai:

Endereço: R= JOAO RAIMUNDO DE SOUZA

Bairro: BELA VISTA

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: *120 x 80*

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

*PC - Início pelo espaço com histórico de queda
de cabeça, apresentando náusea e vômito.*

Exame Físico

Acumbado, trêmulo com tremor em tremor

em mto. (C)

Diagnóstico Provisório: *UCG - TCE*

Rolo a - Frotas - F1 200 (C) - 200

Conduta:

Uma pasta de Tachibana 0,5g

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data: *1/1* Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Katia G. Costa Silva
Enfermeira
RECE 429746

03:15

Q 526 500 a t com B (C)

Q Maudado 01 M 1 M (C)

Q Dipirona 0,5g + Dexamet 4,0g 2x ao (C)







DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES
RUA ROSENRO ALVES ROCHA 3
EMBRERGO DA UNIDADE CONSUMIDORA

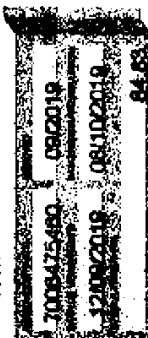
CPF 945 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

27/09/2019
07/03/2023
57/09/2023
06/09/2019
2011/09/08
3472007

Consumo AbonWVP
Arcondio Bandeira Vieira LJA
Central Sum Publica Municipal
ICMS Substituição CDE-JF (84614146350618
ICMS Substituição CDE-JF (84614146350618

CENTROSANTA CRUZ DO CAPANGARIBE
SANTA CRUZ DO CAPANGARIBE PE
55193-305



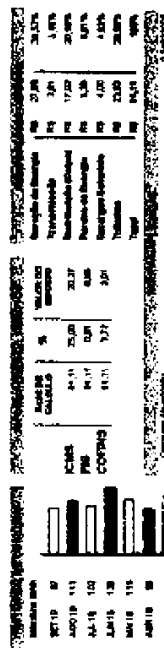
Valor unit
75,81
5,50
2,07
0,94
0,71

Valor total
0,77952200

Valor unit
87,000000

TOTAL DA FATURA

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
06-09-2019	18,50	06-09-2019	20,00	06-09-2019	97,50



5481 C888 ICMS (02/19 97,37) 8,10% 8588 D140

Para obter o valor total da fatura, o consumidor deve considerar o valor unitário da fatura e o valor do ICMS. O valor total da fatura é a soma do valor unitário da fatura e do valor do ICMS. O valor do ICMS é calculado com base no valor unitário da fatura e na alíquota de 8,10%.



ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES
CPF 945.234.444-04
08/07/1974
JOSE GOMES DE NOVA
ZINZOTE FERRERIA DE MO
1924
17/06/2008



VALIDA EM TODOS
O TERMO NACIONAL
1421884961



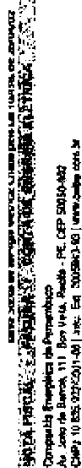
PROIBIDO FALSIFICAR
1421884961

Maria M. Moura de A. Fernandes

LOCAL
SUNAMIN - PE
DATA EMISSÃO
10/04/2017
53384755000
5807865372

PERNAMBUCO





Num. 60322709 - Pág. 8

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES

CNPJ 945 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

07/08/2013 LIMCA 06/07/2019

Admissibilidade para o Seguro Habitacional

06/09/2019 2011180008 3472002

Consumo Abaixo da Média

Anexo ao Boleto Vencido em 13/04

Centro Sum. Pública Municipal

ICMS Substituído - CDE-MF 08/04/14 148-05/08/18

ICMS Substituído - CDE-MF 08/04/14 148-05/07/18

EMERGENCIA DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ROSENTHAL ALVES ROCHA, 3

CENTROSANTA CRUZ DO CAPABARIBE

SANTA CRUZ DO CAPABARIBE PE

55193-306

7008475480 09/02/19

12/09/2019 09/10/2019

84.83

QUANTIDADE

PAGAMENTO (R\$)

VALOR (R\$)

87,0000000

0,7765220

78,81

6,50

2,67

0,94

0,75

[illegible]

0710 0030 3000 1 336 6021 6850 1500
0041 0380 1020 9437 0000 8500 0140

[illegible][illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 114933-1 2018

LENILDA DOS SANTOS SILVA

S C CAPIBARIBE-PE

012.915.824-03 PCN4465

1149334395-1 018022991

MONOCICLO

HONDA/POP 110I

24/108CH

IPVA 12418 QUINTO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

S C CAPIBARIBE-PE

018/04/18

EMILIA ANDREWS SPOSA RAIMIRO

18/04/18

18/04/18

PE Nº 013815407248 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA

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

S C CAPIBARIBE-PE 018 18/04/18

012.915.824-03 PCN4465

1149334395-1 HONDA/POP 110I

2018 09 9C2300100JR029991

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 12418

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

S C CAPIBARIBE-PE

018/04/18

18/04/18

18/04/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 114933-1 2018

LENILDA DOS SANTOS SILVA

S C CAPIBARIBE-PE

012.915.824-03 PCN4465

1149334395-1 018022991

MONOCICLO

HONDA/POP 110I

24/108CH

IPVA 12,10 QUETIDO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

S C CAPIBARIBE-PE

018/04/18

EMILIA ANDREWS SPOSA RAIMIRO

18/04/18

18/04/18

PE Nº 013815407248 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA

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

S C CAPIBARIBE-PE 018 18/04/18

012.915.824-03 PCN4465

1149334395-1 HONDA/POP 110I

2018 09 9C2300100JR029991

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) 12,10

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

S C CAPIBARIBE-PE

018/04/18

18/04/18

18/04/18

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372857/19

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 112.157.694-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADEMIR FELIPE BARBOSA
NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/17
Documentos de identificação
Procuração

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO : 112.157.694-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ADENIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
 DATA DO ACIDENTE 11/07/2019 CPF DA VITIMA 112/57.694.07
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA MARIA NOVA DE A. FERNADES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL (CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É _____)
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA
 Nº 03 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE SILVIA DO CARIBARI UF PE CEP 55712-305
 E-MAIL AFSECURAS1974@yahoo.com TELEFONE (81) 99900-1998
BR

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE: 4810389557106ASSINATURA: Adriana M. de A. de

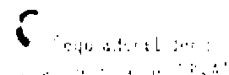
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431060/19

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 112.157.694-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO : 112.157.694-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190603667

Cidade: Santa Cruz do Capibaribe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA
NASCIMENTO

Data do acidente: 17/07/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190603667 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO **Data do acidente:** 17/07/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.2
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

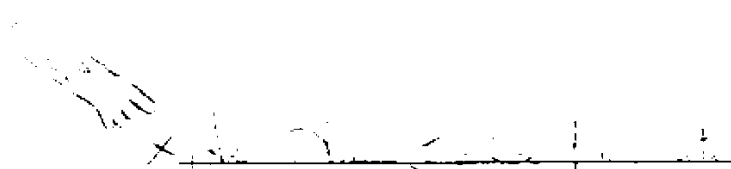
NOME ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
NACIONALIDADE BRASILEIRO
PROFISSÃO RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE 8789540 SDS/PE E CPF nº 112 157 694-07
DATA DO ACITENTE 17/07/2019
COBERTURA INVALIDEZ
VITIMA - ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
ENDEREÇO RUA DEODATO Nº 241 - BAIRRO BELA VISTA - SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE -PE

OUTORGADO

NOME ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE BRASILEIRA
PROFISSÃO R. INFORMAR
IDENTIDADE 4 810 389 SSP/PE / CPF 945 234 444-04
ENDEREÇO RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA,03. CENTRO, SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO A
QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

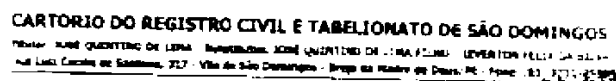
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 24 DE SETEMBRO DE 2019



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



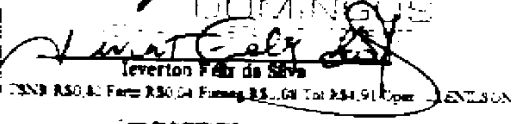


19. Ministerium

do fê. SAO DOMINGO 05 09 2019 08:23 da verdade

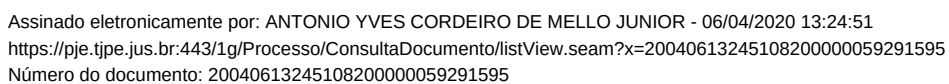
do fê. SAO DOMINGO 05 09 2019 08:23 da verdade

DE SAO
DOMINGO



Total R33.99 Trans R30.40 Fares R30.04 Fumage R31.00 Tot R34.91 Oper JENTSON

*...for the... ..



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
NACIONALIDADE BRASILEIRO
PROFISSÃO RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE 8789540 SDS/PE E CPF nº 112 157 694-07
DATA DO ACITENTE 17/07/2019
COBERTURA INVALIDEZ
VITIMA - ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO
ENDEREÇO RUA DEODATO Nº 241 - BAIRRO BELA VISTA - SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE -PE

OUTORGADO

NOME ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE BRASILEIRA
PROFISSÃO R INFORMAR
IDENTIDADE 4 810.389 SSP/PE / CPF 945 234 444-04
ENDEREÇO RUA ROSEMIRO ALVES DA ROCHA,03 CENTRO, SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

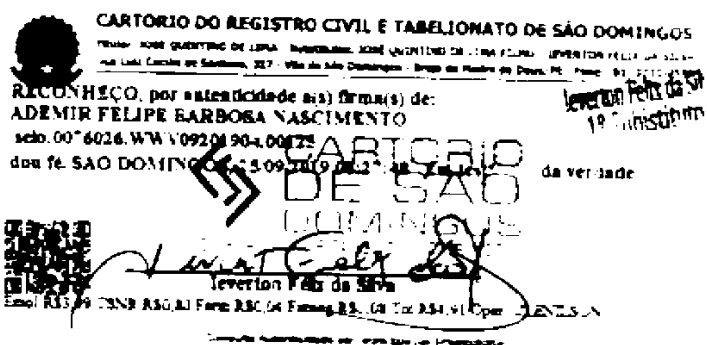
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO NOMEIO E
CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO A
QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE
CONSTITUO O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATORIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 24 DE SETEMBRO DE 2019

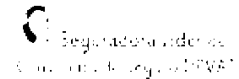
ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372857/19

Número do Sinistro: 3190603667

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 112.157.694-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Procuração

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019

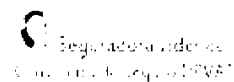
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431060/19

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 112.157.694-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO : 112.157.694-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

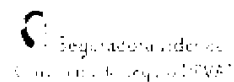
Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372857/19

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 112.157.694-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO : 112.157.694-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA





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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190603667

Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

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 15021800





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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190603667 Vítima: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 17/07/2019, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº 0000 - PE, da Instituição UPA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01789/01790 - cartã_31 - INVALIDEZ

00060895



Carta nº 15064019





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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

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



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



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: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Vitório

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

24 - Data do óbito da vítima:

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:



30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitor)?



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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Sitio Boa Vista, São Paulo - SP, 03/10/2019

Ademir Felipe Barbosa Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

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



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



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: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Vivo

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 (ou nascitor)?



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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Sitio Boa Vista, São Paulo - SP, 03/10/2019

Ademir Felipe Barbosa Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218003672**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **17:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, ESTRADA DA DO PARA** - Bairro: **CENTRO** - **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE);
LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA (OUTRO);
ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO (VÍTIMA);

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência); que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO**

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADELMA COELHO BARBOSA** Data de Nascimento: **21/6/1994** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8789540/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)**
Telefones Celulares: **94875405**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 241, RUA DEODATO- MALHADA DO MEIO - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO** - **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO(MOTO) (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW4465** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **154933439** Chassi: **9C2JB0100JR029881**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO NA ESTRADA QUE DÁ ACESSO AO DISTRITO DO



PARA QUANDO AO TENTAR DEVISAR UM BURACO ACABOU PERTENDO O CONTROLE DA MOTO BANTENDO NO MEIO FIO E VINDO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA UPA PARA PROCEDIMENTOS MÉDICO -HOSPITALAR.

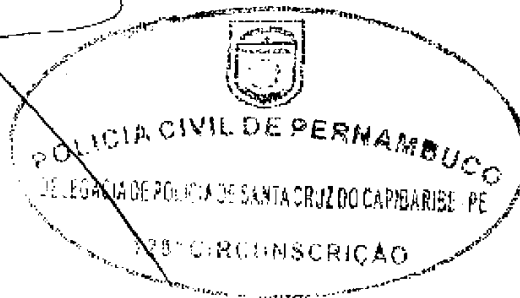
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

(VITIMA)

Ademir Felipe Barbosa Nascimento

B.O. registrado por: **EUMNALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: **319785-9**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218003672**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **17:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/7/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, ESTRADA DA DO PARA** - Bairro: **CENTRO** - **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA (OUTRO)
ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO**

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mês: **ADELMA**
COELHO BARBOSA Data de Nascimento: **21/6/1994** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
8789540/SDS/PE (RG) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **DESEMPREGADO(A)**
Telefones Celulares
- **94875405**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 241, RUA DEODATO- MALHADA DO MEIO -**
CEP: 55000-000 - Bairro: **CENTRO** - **SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO /**
PERNAMBUCO / BRASIL

LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nacionalidade: **NÃO**
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO(MOTO) (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LENILDA FELIX DOS SANTOS SILVA**, que estava
em posse do(a) Sr(a): **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA BIZ 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW4465** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **154933439** Chassi: **9C2JB0100JR029881**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO NA ESTRADA QUE DÁ ACESSO AO DISTRITO DO



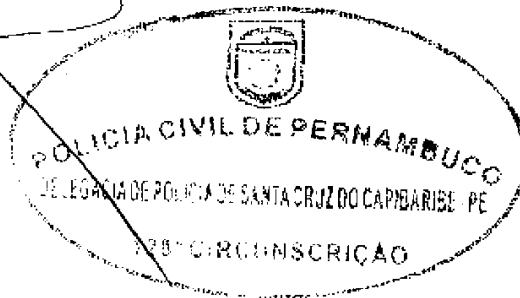
PARÁ QUANDO AO TENTAR DEVISAR UM BURACO ACABOU PERTENDO O CONTROLE DA MOTO BANTENDO NO MEIO FIO E VINDO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA UPA PARA PROCEDIMENTOS MÉDICO -HOSPITALAR.

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

ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

(VITIMA) *Ademir Felipe Barbosa Nascimento*

B.O. registrado por: **EUMENALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: **319785-9**





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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

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



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



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: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Vivo

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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Sitio Boa Vista, São Paulo - SP, 03/10/2019

Ademir Felipe Barbosa Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 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.

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 (ou nascitor)?

☐ 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 a aqueles 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Sitio Boa Vista, São Paulo - SP, 03/10/2019

Ademir Felipe Barbosa Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO** nascido em 21/06/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 17/07/2019 por volta das **23h04min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 22 de AGOSTO de 2019.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

Dem. *[assinatura]*

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0249314 17/07/2019 23:04:19

Paciente: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO

Sexo: M

D. Nasc.: 21/06/1994

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: ADELMA VIEIRA BARBOSA

Pai:

Endereço: R= JOAO RAIMUNDO DE SOUZA

Bairro: BELA VISTA

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0099986

SUS:

Idade: 24 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: *120 x 80*

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

*PC - Início da síndrome com história de queda
de cabeça, apresentando náusea e vômito.*

Exame Físico

Acumbado, trêmulo com tremor em tremor

em mto. (C)

Diagnóstico Provisório: *UCB - TCS*

Reab. a - Frotas - F. 200 (C) - 200

Conduta:

Uma pasta de Tosses e vômito

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data: *1/1* Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Katia G. Costa Silva
Enfermeira
RÉG. 429746

03:15

Q 526 500 a t com B (C)

Q Maudon 61 M 1 M (C)

Q Dipirona 500 mg + Dexamet 4,0 mg (C)





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO** nascido em 21/06/1994 esteve nesta unidade hospitalar no dia 17/07/2019 por volta das **23h04min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 22 de AGOSTO de 2019.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE
E-mail: upa24hscc@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

Dem. *[assinatura]*

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0249314 17/07/2019 23:04:19 Código: 0099986
Paciente: ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO SUS:
Sexo: M D. Nasc.: 21/06/1994 Idade: 24 ANOS
RG: CPF:

Profissão:

Filiação: Mãe: ADELMA VIEIRA BARBOSA

Pai:

Endereço: R= JOAO RAIMUNDO DE SOUZA

Bairro: BELA VISTA

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: *120 x 80*

Pulso: _____

Temperatura: _____

Peso: _____

Histórico da Doença atual:

*PC - Início do s/pau com histórico de queda
de peso, apresentando febre e tosse.*

Exame Físico

Acumbado, trêmulo, com febre e tosse

em mto. (C)

Diagnóstico Provisório: *UCG TUB*

Reab. a - febre - 52 x 100 (C) - tosse

Conduta:

idm. melh. de tosse e febre

CÓPIA AUTORIZADA

Liberação do Paciente: Data: *1/1* Hora: _____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Katia G. Costa Silva
Enfermeira
RÉG. 429746

03:15

Q 526 100 x 1 cm B (C)

Q Muxudo 41 M 1 M (C)

Q Dipirona 500 mg + Dexamet 4 mg 1 M (C)



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 PÇA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.635.892/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-53



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28.04.02
COMERCIAL 118 - SPC/NT/040-118
Atendimento ao cliente: 0800 081 0142
Ouvidoria: 0800 282 4589
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARSP: 0800 027 0267
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO 19/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 12/09/2019	CONTA CONTRATO 7030230390
ENDEREÇO RUA DEODATO 241 - BELA VISTA/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - 55109-000 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE	TOTAL A PAGAR R\$ 42,02	DATA DA APRESENTAÇÃO 12/09/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofase 51
PERÍODO CONSUMO 01/09/2019 - 01/09/2019	CONSUMO "	NÚMERO DA NOTA FISCAL 0771703039	

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO - CNPJ 10.635.892/0001-08

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Leitor de código

CONTA CONTRATO 7030230390	MES/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 42,02	VENCIMENTO 19/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar Este carnê será usado em leitora ótica
				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

60322709 420230390 07717030390 14157613468





DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES
RUA ROSENRO ALVES ROCHA 3
EMBRERIO DA UNIDADE CONSUMIDORA

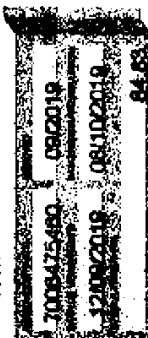
CPF 945 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

27/09/2019
07/03/2023
LIMCA
04/09/2019
57/09/2019
04/09/2019
2011/09/08
3472007

Consumo AbonWVR
Arcondio Bandeira Vieira LJA
Central Sum Publica Municipal
ICMS Substituição CDE-JF (BNA14) 04/05/2018
ICMS Substituição CDE-JF (BNA14) 04/05/2018

CENTRO SANTA CRUZ DO CAP-BAIRRE
SANTA CRUZ DO CAP-BAIRRE PE
55193-305



Valor unit
78,81
5,50
2,07
0,94
0,71

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
04-09-2018	18,55	04-09-2018	20,00	04-09-2018	1,0000
04-09-2018	18,55	04-09-2018	20,00	04-09-2018	1,0000

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
04-09-2018	18,55	04-09-2018	20,00	04-09-2018	1,0000
04-09-2018	18,55	04-09-2018	20,00	04-09-2018	1,0000

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
04-09-2018	18,55	04-09-2018	20,00	04-09-2018	1,0000
04-09-2018	18,55	04-09-2018	20,00	04-09-2018	1,0000

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
04-09-2018	18,55	04-09-2018	20,00	04-09-2018	1,0000
04-09-2018	18,55	04-09-2018	20,00	04-09-2018	1,0000

DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
04-09-2018	18,55	04-09-2018	20,00	04-09-2018	1,0000
04-09-2018	18,55	04-09-2018	20,00	04-09-2018	1,0000

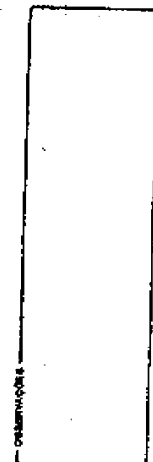
CEPE
Companhia Energética de Pernambuco
Avenida Brasil, 1000 - Recife - PE CEP 50010-000
CNPJ 10.555.207/2011-01 Insc. Est. 000863-01 www.cepe.com.br



ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES
CPF 945.234.444-04
08/07/1974
JOSÉ GOMES DE NOVA
ZIMOSTE FERRERIA DE NO
1924
17/06/2008



VALIDA EM TODOS
O TERMO NACIONAL
1421884961



Maria M. Moura de A. Fernandes

PROIBIDO FALSIFICAR
1421884961

LOCAL
SUAZUIA - PE
DATA EMISSÃO
10/04/2017
53384755000
9807865372
PERNAMBUCO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 PÇA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.635.892/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-53



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28.04.02
COMERCIAL 118 - SPC/NT/040 118
Atendimento ao cliente: 0800 081 0142
Ouvidoria: 0800 282 4589
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - ARSP: 0800 027 0267
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO 19/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 12/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 12/09/2019 NUMERO DA NOTA FISCAL 677170399	CONTA CONTRATO 7030230390 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofase 51
ENDEREÇO RUA DEODATO 241 - BELA VISTA/SANTA CRUZ DO CAPIBARÉ - 55109-000 SANTA CRUZ DO CAPIBARÉ, PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 42,02		

PERÍODO CONSUMO 01/09/2019 - 01/09/2019	CONSUMO "
---	---------------------

COMPANHIA DE CALHEIROS E CILINDROS DE GÁS - COMPANHIA DE CALHEIROS

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

CONTA CONTRATO 7030230390	MES/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 42,02	VENCIMENTO 19/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar Este carnê será usado em leitora ótica
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

60322709 420202100011 03027000104 14157613408



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DADOS DO CLIENTE
ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES
RUA ROSENIR ALVES ROCHA 3
EMERSON DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 945 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

27/09/2019
07/03/2023
LIMCA
04/09/2019
3472007

CENTRO SANTA CRUZ DO CAPANGARIBE
SANTA CRUZ DO CAPANGARIBE PE
55193-305



Consumo AbonWVR
Arcondio Bandeira VIEIRA LUIZA
Central Sum Publica Municipal
ICMS Substituição CDE-JF (BNA14) 04/05/2019
ICMS Substituição CDE-JF (BNA14) 04/05/2019

Valor unit
78,81
5,50
2,07
0,94
0,71

TOTAL DA FATURA

Descrição	Valor unit	Quantidade	Valor total
Consumo AbonWVR	78,81	1	78,81
Arcondio Bandeira VIEIRA LUIZA	5,50	1	5,50
Central Sum Publica Municipal	2,07	1	2,07
ICMS Substituição CDE-JF (BNA14) 04/05/2019	0,94	1	0,94
ICMS Substituição CDE-JF (BNA14) 04/05/2019	0,71	1	0,71

Descrição	Valor unit	Quantidade	Valor total
Consumo AbonWVR	78,81	1	78,81
Arcondio Bandeira VIEIRA LUIZA	5,50	1	5,50
Central Sum Publica Municipal	2,07	1	2,07
ICMS Substituição CDE-JF (BNA14) 04/05/2019	0,94	1	0,94
ICMS Substituição CDE-JF (BNA14) 04/05/2019	0,71	1	0,71

Descrição	Valor unit	Quantidade	Valor total
Consumo AbonWVR	78,81	1	78,81
Arcondio Bandeira VIEIRA LUIZA	5,50	1	5,50
Central Sum Publica Municipal	2,07	1	2,07
ICMS Substituição CDE-JF (BNA14) 04/05/2019	0,94	1	0,94
ICMS Substituição CDE-JF (BNA14) 04/05/2019	0,71	1	0,71

5481 C888 ICMS 02/19 9:37 8:05 8588 D140

Para obter o valor total da fatura, o consumidor deve considerar o valor unitário e a quantidade de cada item. O valor total da fatura é a soma dos valores unitários multiplicados pela quantidade de cada item. O valor total da fatura é de R\$ 84,83.



ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES
RUA ROSENIR ALVES ROCHA 3
EMERSON DA UNIDADE CONSUMIDORA
CPF 945 234 444-04
08/07/1974
JOSÉ GOMES DE NOVA
ZENEIDE FERRERIA DE NO
1974
02/03/2019
17/04/2008



VALIDA EM TODOS
O TERMO NACIONAL
1421884961



Nome: M. Moura de A. Fernandes

LOCAL: SUANIN - PE
DATA EMISSÃO: 10/04/2017
53384755000
9807865372
PERNAMBUCO

PROIBIDO FALSIFICAR
1421884961

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA M^o MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.157.694 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura SNVULIDEZ da Vítima ADEMIR FELIPE BARBOSA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.157.694 / 07, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA		03	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	PE	55192-305
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	81-797700-1998		81-98129-8619

Santa Cruz do 11 de Outubro de 2019
CAPIBARIBE Local e Data

Adriana M^o M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017

