



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01302899-5** em **01/07/2020 11:05:08**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0212981-37.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01302899-5
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 01/07/2020 11:05:08

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2728895_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2728895_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-14.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARIA JACIELMA DOS SANTOS, CPF 132.916.354-00 e RG 10236 SDP, Órgão emissor SDS-PE, Est. Civil REUNIO, profissão REUNIO Endereço SITIO VIDEO, 263 bairro AREA RURAL cidade de BREZINHO - PE, CEP nº 56240-000.

OUTORGADO: JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

VÍTIMA: MARIA JACIELMA DOS SANTOS, CPF: 132.916.354-00, data acidente 16 / 09 / 2018, cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Local e data:

Santa Terezinha, 17/07/2019

Maria Jacielma dos Santos
* João Evangelista dos Santos
OUTORGANTE

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA
Titular: HUGO ARAÚJO MONTEIRO
Telefone: (87) 3859-1395

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA JACIELMA DOS SANTOS. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 17/07/2019. EMOLUMENTOS: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91. 0139897.ZQY07201902.00051

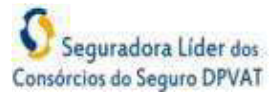
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



**Cartório Registral e Notarial
de Santa Terezinha - PE**
Dr. Hugo Araújo Monteiro
Tabelião e Registrador
Rua Professor Afonso Ferreira Neto, Nº 112, Centro
Santa Terezinha - PE - CEP: 56.750-000

26 AGO. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293793/19

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

CPF: 132.916.354-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 16/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS : 132.916.354-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: MARIA JACIELMA DOS SANTOS
CPF: 132.916.354-00

MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293793/19

Número do Sinistro: 3190499508

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

CPF: 132.916.354-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

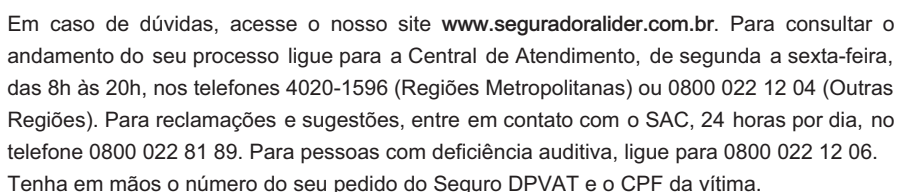
Data da entrega: 28/08/2019
Nome: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA
CPF: 081.886.574-17

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499508

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001296**

Conta: **000986217093-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190499508

Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS

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

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:

332916354-00

MARIA JACQUEMA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA JACQUEMA DOS SANTOS 6 - CPF: 332916354-00
7 - Profissão: PEUJO 8 - Endereço: SÍTIO UÍDEO 9 - Número: 263 10 - Complemento: (N/A)
11 - Bairro: ÁREA RURAL 12 - Cidade: BREGIMHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: JOTACIUS DPVAT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (83) 99131-7273

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3296 CONTA: 986217093 5

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

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

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

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 (valnascor)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, SANTA TEREZINHA-PE, 17/07/2019

João Evangelista dos Santos Maria Jacuema dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 172ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA TEREZINHA
- DP172ªCIRC DINTER2/20ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0262000361

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/08/2019 às 18:03

ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos

(Consumado) que aconteceu no dia 16/9/2018 às 13:00

Natureza Jurídica: REGISTRO PARA SEGURO DPVAT

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SANTA TEREZINHA, 01, SÍTIO

LAGOA DE MISAEL - Bairro: CENTRO - SANTA

TEREZINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

GENEILSON SOUZA SILVA (OUTRO)

MARIA JACIELMA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe:

ANGELITA ALVES DE SOUZA SILVA Pai: GENECI NUNES DA SILVA Data de

Nascimento: 9/7/2002 Naturalidade: SANTA TEREZINHA / PERNAMBUCO /

BRASIL Documentos: 10216508/SDS/PE (RG), 13291635400 (CPF) Estado Civil:

AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão:

AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:

- 12997128992

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJINHO, 01, SÍTIO VIDEO - CEP: 55000-

000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: DesconhecidoNaturalidade: NÃO

INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SANTA TEREZINHA, 01 - CEP: 567500000 -

Bairro: CENTRO - SANTA TEREZINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

26 AGO. 2019

GENEILSON SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANGELITA ALVES DE SOUZA SILVA Pai: GENECI NUNES DA SILVA Data de
Nascimento: 15/10/1996 Naturalidade: IMACULADA / PARAIBA / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJINHO, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GENEILSON SOUZA
SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA JACIELMA DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX Objeto
apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: NXV9800 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 228848644
Chassi: 9C2KC1610AR050822
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

QUE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A SENHORA
MARIA JACIELMA DOS SANTOS PARA NOTICIAR QUE FOI VITIMA DE
ACIDENTE DE TRANSITO NA CIDADE DE SANTA TEREZINHA-PE NO DIA
16/09/2018. QUE IA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA CG150,
VERMELHA, PLACA NXV9800, NO SENTIDO SANTA TEREZINHA PARA
BREJINHO, NO SITIO LAGOA DE MISAEL, ONDE PERDEU O EQUILIBRIO
CAINDO AO CHÃO. QUE POPULARES SOCORRERAM-NA E A LEVARAM
PARA O HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL, NA CIDADE DE
BREJINHO, APRESENTANDO SEGUNDO DECLARAÇÃO DESTE HOPITAL
FRATURA EM MEMRBO INFERIOR DIREITO, LOGO EM SEGUIDA SENDO
CONDIZIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL HEMILIA CAMARA DE
AFOGADOS DA INGAZEIRA, CONFIRMADA A FRATURA FOI CONDUZIDA
PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA PARA
FAZER O PROCEDIMENTO CIRURGICO.

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

Maria Jacielma dos Santos
MARIA JACIELMA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUAN ALVES VIEIRA - Matrícula: 3875431



26 AGO. 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JACIELMA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000986217093-5

Nr. da Autenticação 66AD3818A5DDD5C9

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, GENEILSON SOUSA SILVA,
RG nº 9472070, data de expedição 30/04/2012
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 336.756.544-41,
com domicílio na cidade de BREJINHO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio VIDEO, nº 5N,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARIA JACIELMA DOS SANTOS, cujo o condutor era
MARIA JACIELMA DOS SANTOS.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CB 150 TITAN MIX 15 Ano: 2010
Placa: NXV 9800 Chassi: 9C2KC1610AR050822
Data do Acidente: 16/09/2018.

Local e Data:

Santa Terezinha, 17/07/2019

*GENEILSON SOUSA SILVA

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA

Titular: HUGO ARAÚJO MONTEIRO
Telefone: (87) 3859-1395

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GENEILSON SOUSA SILVA. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 17/07/2019. EMOLUMENTOS: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91 0159897.UPE07201902.00050

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



**Cartório Registral e Notarial
de Santa Terezinha - PE**

Dr. Hugo Araújo Monteiro
Tabelião e Registrador
Rua Prefeito Afonso Ferreira Neto, Nº 112, Centro
Santa Terezinha - PE - CEP: 55.750-000

26 AGO. 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014800713940

VIA 1
000-RENAVAM 228848644
R.M.T.R.C. 2019

NOME
GENTILSON SOUZA SILVA

LOCAL
BREJINHO-PE

PLACA
EXV9800

CPF / CNPJ
116.756.544-41

CHASSI
7CZKCL610AR050822

PLACA ANT / UF
***** / PE

COMBUSTIVEL
ALCO/CASOL

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

ANO FAB. 2010
ANO MOD. 2010

MARCA / MODELO
HONDA/CG150 TITAN MIX RS

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

CAP / POT / CL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COTA UNICA
IPVA 2019 QUITADO

VENC / COTAS
1* *****
2* *****
3* *****

PARCELAMENTO / COTAS

FAIXA IPVA
1

PREMIO TOTAL (R\$)
84.59

PREMIO TARIFARIO (R\$)
80.11

IOF (R\$)
0.32

DATA DE PAGAMENTO
19/02/19

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL
BREJINHO

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE
Roberto Carlos Moreira Fontelles

DATA
20/02/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




João Evangelista dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.263.517 11.11.1986

JOÃO EVANGELISTA DOS SANTOS

José Araujo dos Santos
Josefa Maria Queiroz dos Santos

NATURALIDADE Brasília-DF DATA DE NASCIMENTO 09-02-1964

DOC. ORIGEM Cert. Nas. 17134, Fls. 128V, Liv. A-17, 1ª Cart. Brasília-DF

CPF

João Pessoa - PB

SECRETARIO

LEI Nº 116 DE 29-08-83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de Inscrição

083.092.694-12

Nome

JOAO EVANGELISTA DOS SANTOS

Nascimento

09/02/1964



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190499508 **Cidade:** Santa Terezinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190499508 **Cidade:** Santa Terezinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JACIELMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **319049950P** 3 - CPF da vítima: **132.916354-00** 4 - Nome completo da vítima: **MARIA JACQUEMA DOS SANTOS**

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

5 - Nome completo: **MARIA JACQUEMA DOS SANTOS** 6 - CPF: **132.916354-00**

7 - Profissão: **RETIRO** 8 - Endereço: **SITIO VIDEO** 9 - Número: **263** 10 - Complemento: **CABA.**

11 - Bairro: **AREA RURAL** 12 - Cidade: **BREJINHO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56740-000**

15 - E-mail: **torquiao.dpvat@gmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(83) 9131-7273**

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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **3296** CONTA: **986213 099 5**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (valmascos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, **SANTA TEREZINHA-PE, 17/07/2019**

João Evangelista dos Santos Maria Jacquema dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)