

 **Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ** Portal de Serviços

> 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

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS, CPF 332.916.354-000 e RG 30236508, Órgão emissor SDS-PE, Est. Civil REUJO, profissão REUJO Endereço SITIO VIDE O, 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 fie e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

**VÍTIMA:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS  
CPF: 332.916.354-000, data acidente 16/09/2018,  
cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte

Local e data: Santa Terezinha, 17/07/2019

Maria Jaciema dos Santos  
\* 332 916 354 000 OUTORGANTE

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA  
TÍCULAR: 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. 0159897.ZQY07201902.00051

Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293793/19

**Vítima:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS

**CPF:** 132.916.354-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/09/2018

**Titular do CPF:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA JACIELMA DOS SANTOS

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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/09/2018

**Titular do CPF:** MARIA JACIELMA DOS SANTOS

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

MANOEL COELHO NETO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA JACIELMA DOS SANTOS**

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

<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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: 32916354-00 4 - Nome completo da vítima: MARIA JACELINA 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 JACELINA DOS SANTOS	6 - CPF: 32916354-00		
7 - Profissão: FENIX	8 - Endereço: SITIO VIEGO	9 - Número: 263	10 - Complemento: (n/a)
11 - Bairro: AREA RURAL	12 - Cidade: BREJINHO	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: IoTacelina_dpvt@6milio.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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5296 CONTA: 986237 097 5

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir 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 atende 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascidos (val/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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/ben  
 éficiário  
 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

 39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

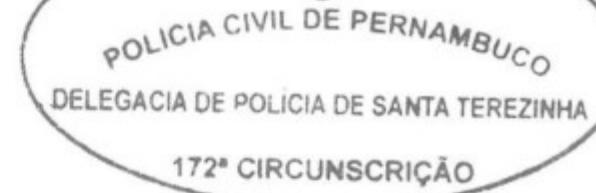
Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, SANTA TEREZINHA-PE, 37/07/2019  
 João Evangelista dos Santos Maria Faculma dos Santos  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

26 AGO. 2019



**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 N.º 19E0262000361**

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

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo**

**(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, SITIO  
LAGOA DE MISAEI - 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:

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

AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:

- 12997128992

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BREJINHO, 01, SITIO 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: MasculinoMãe: 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 COMARECEU 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 MISUEL, 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

*João Evangelista dos Santos*  
*Maria Jacielma dos Santos*  
MARIA JACIELMA DOS SANTOS  
(VITIMA)

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



# 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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, GENEILSON SOUSA SILVA,

RG nº 9 472 070, 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 Vídeo, 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 CG 150 TITAN MAX Ano: 2010

Placa: NYV 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\$ 4,911. 0159897.UPE07201902.00050

Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

Cartório Registral e Notarial

de Santa Terezinha - PE

Dr. Hugo Araújo Monteiro

Tabelião e Registrador

Nua Prefeito Afonso Ferreira Neto, nº 112, Centro  
Santa Terezinha - PE - CEP: 56.750-000

26 AGO. 2019

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

Nº 014800713940

**DETAN - PE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 1 COD. RENAVAM: 228848644 R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO: 2019

GENEILSON SOUZA SILVA

BREJINHO-PE CPF / CNPJ: 116.756.544-41 PLACA: NXV9800

PLACA ANT. / UF: \* \* \* \* \* / PE CHASSI: 3C2ECL510AR050822

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: A1-CO / GASOL.

MARCA / MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIX KS ANO FAB.: 2010 ANO MOD.: 2010

CAP / POF / CL: 2P/149CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

1 COTA UNICA VENC. COTA UNICA: 1\* \* \* \* \*  
 IPVA 2019 QUITADO PARCELAMENTO / COTAS: 2\* \* \* \* \*  
 FAIXA IPVA: 1 3\* \* \* \* \*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11 IOF (R\$): 0.32 PRÉMIO TOTAL (R\$): 80.43 DATA DE PAGAMENTO: 19/02/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE PAGAMENTO DE PORTO OBRIGATÓRIO  
 NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: BREJINHO-PE  
 Robert Carlos Moreira Fontes / 125 DATA: 20/02/19

DIRETOR PRESIDENTE DETAN/PE

**CONTRAN**

**DETRAN**



26 AGO. 2019

# 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 FÉMUR 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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 FÉMUR 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do SISSEG ou ASL: **3190499508** 3 - CPF da vítima: **332.916.354-00** 4 - Nome completo da vítima: **MARIA JACELMA 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 JACELMA DOS SANTOS** 6 - CPF: **332.916.354-00**  
 7 - Profissão: **Recluso** 8 - Endereço: **Sítio Vídeo** 9 - Número: **263** 10 - Complemento: **Casa**  
 11 - Bairro: **ÁREA RURAL** 12 - Cidade: **BREJINHO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56740-000**  
 15 - E-mail: **joaoevandro@ymail.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:

RECLUSO 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)

AGÊNCIA: **3296** CONTA: **986213-099** DÍGITO: **5**  
 (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 ALIENÁNCIA 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 atende 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  Vívito 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  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, estendo 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 - 1<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2<sup>a</sup> Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SANTA TEREZA-PE, 17/10/2019**  
**João Evangelista dos Santos**  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)