



Número: **0023307-48.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALBERTO BARBOSA DA SILVA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64082 558	02/07/2020 15:22	ANEXO 1	Outros (Documento)



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1586 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200127399 Data da solicitação: 13/04/2020
Nome do beneficiário: Alberto Barbosa da Silva CPF do beneficiário: 046.446.614-63
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: _____

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 9.9700-1098 Tel. Comercial: (.....) Tel. Residencial: (.....)

E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PESSOAL

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MÓTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PESSOAL DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____

[DESCRIVER]

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCRIJA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO.

Sorocaba, 13 de Abril de 2020.

Local e Data

Alto Barreto

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue ao mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido no Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa da sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a sua rogo).



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CÓD. RENAVAM: R.N. E.R.C.: EXERCÍCIO:
1 937873926 ***** 2019

J H ELETRO LTDA EPP

SURUBIM-PE

CPF / CNPJ: PLACA:
41.088.436/0001-61 KLF8680
PLACA ANT / UF: CHASSI:
*****/PE 9C2KD03208R004302

ESPECIE TIPO: COMBUSTÍVEL:
PAS /MOTOCICLETA GASOLINA
MARA / MODELO: ANO FAB: ANO MOD:
HONDA/NCR150 Bros KS 2007 2008
CAP / POT / CIL: CATEGORIA: COR PREDOMINANTE:
2P/149CL PARTIC VERMELHA

I COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
P 2019 QUITADO 1* *****
V FAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS 2* *****
A 1 ***** 3* *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 28/02/19

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA

SURUBIM 
Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETAN/PE

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

PE Nº 014802833144 BILHETE DE SEGURO DPVAT

J H ELETRO LTDA EPP
RUA 15 DE NOVEMBRO 50 55750-000
CS CENTRO SURUBIM-PE

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

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 01/03/19

VIA: CPF / CNPJ: PLACA:
1 41.088.436/0001-61 KLF8680
RENAVAM: MARCA / MODELO:
937873926 HONDA/NCR150 Bros KS
ANO FAB: CDTARF: NF CHASSI:
2007 09 9C2KD03208R004302

PRÉMIO TARIFÁRIO
PMB (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 4.01 40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15 0.32 84.58
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA PARCELADO 28/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELA NÃO É DE PORTA OBRIGATÓRIO.





- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Alberto Barbosa da Silva** nascido no dia 06/10/1980, filho da Sra. **Jaci Francisca Gomes da Silva** e do Sr. **Abel Barbosa da Silva**, residente na Rua Vereador Piancó da Silva Filho, nº 44 - bairro Chã do Marinheiro nesta Cidade. Solicitou no dia 26/12/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclistico.

Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 19/12/2019 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM – 28576.

Surubim, 26 de dezembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva

SAME - MAT. 910463

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento – UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



SURUBIM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
JPA 24H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

JOLETIM DE EMERGÊNCIA	Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00103953
Brontuário: 48953	CNS:	Idade: 39 Anos 2 Meses 13 Dias
Nome: ALBERTO BARBOSA DA SILVA	Nº: 44	Nascimento: 06/10/1980
End.: VERIADOR PIANCO DA SILVA FILHO		Bairro: CHÃ DO MARINHEIRO
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA
Mae: JACI FRANCISCA GOMES DA SILVA		Pai: ABEL BARBOSA DA SILVA
Profissão:		Responsável:
		Tel.: 81 96550682

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: **Nº Ocorrência:** **Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:**

19/12/2019 10:08	103953	ACIDENTE
18/05/2019 06:48	68436	TRIAGEM

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

- Poco amanha BEE, urte de Acidente de Moto (Amendoa glaucoma L 5115, urticária tópica. Com dor e urticaria. Dureza. Sos sinal de Alarma.

TRATAMENTO:

① S.R.L. 500g d. E. ✓
 ② Furoc 100g d. E. ✓
 ③ Clorid 1g. E. ✓
 ④ Prost. Cervic. Fort. 100g d. E. ✓
 Adriana Gomes Souza
 dos Santos Souza
 CORDEIRO DE MELO JUNIOR CRM: 26576

XAMES COMPLEMENTARES:

Reexa cervical, Tórax, Pélv.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

INTIVO DA SAÍDA: Aberto.	TÉCNICO / COREN:
<input type="checkbox"/> ESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNADO	<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP
<input type="checkbox"/> JUSTIFICATIVA:	<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO
<input type="checkbox"/> ENCAMINHADO:	
<input type="checkbox"/> REMOVIDO:	
<input type="checkbox"/> ÓBITO:	
ás _____ h _____ m. do dia _____	
<input type="checkbox"/> DATA SÁIDA:	
<input type="checkbox"/> HORA SÁIDA:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO

DATA: 19/12/2019 10:08:31

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS



11.05. Poderia em função de elenco
entre Direto, em vez de 200-1.
para IX. de Ensaio musical LS.

① Encontro com o organizador.

1900-0000-0000-0000
COM-PE-28576



Assunto: RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. **ALBERTO BARBOSA DA SILVA**, 39 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 19 de dezembro de 2019 que resultou em fratura do terço médio da clavícula direita, contusão na hemipelve direita e escoriações leves pelo corpo. Encontra-se em tratamento ortopédico, com immobilização.

CID 10: S 42.0

Sem mais para o momento, renovamos a nossa expressão da mais elevada consideração e apreço, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ROBERTO MATEUS
ORTOPÉDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS - CRM: 11695 / PE

Surubim, 19 de dezembro de 2019

19:05:31

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br





Scanned with
CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304>
Número do documento: 20070215220179200000062899304

Num. 64082558 - Pág. 7





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304>
Número do documento: 20070215220179200000062899304

Num. 64082558 - Pág. 9

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 COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana M. de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alberto Barbera da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.416.644-163, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Alberto Barbera da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.416.644-63, 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	<u>Rua José Batista</u>		Número	<u>370</u>	Complemento	<u>C 128a</u>			
Bairro	<u>Centro</u>		Cidade	<u>Sorocaba</u>		Estado	<u>SP</u>	CEP	<u>55750-000</u>
Email	<u></u>	<u></u>	Telefone comercial (DDD)	<u>81-99700-1998</u>	Telefone celular (DDD)	<u>81-98129-8629</u>			

Sorocaba, 20 de Março de 2020
Local e Data

Adriana M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante





- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Alberto Barbosa da Silva** nascido no dia 06/10/1980, filho da Sra. **Jaci Francisca Gomes da Silva** e do Sr. **Abel Barbosa da Silva**, residente na Rua Vereador Piancó da Silva Filho, nº 44 - bairro Chã do Marinheiro nesta Cidade. Solicitou no dia 26/12/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclistico.

Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda no dia 19/12/2019 pelo médico plantonista Dr. Hugo Sávio X. de Almeida CRM – 28576.

Surubim, 26 de dezembro de 2019.

UPA - DR. GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA
Av. Marilda de Arruda Guerra - Coqueiro
Surubim - PE
CNPJ: 08.937.139/0001-78


Ionara Soares de Andrade Silva

SAME - MAT. 910463

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento – UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



SURUBIM - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
JPA 24H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

JOLETIM DE EMERGÊNCIA	Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA: 00103953
Brontuário: 48953	CNS:	Idade: 39 Anos 2 Meses 13 Dias
Nome: ALBERTO BARBOSA DA SILVA	Nº: 44	Nascimento: 06/10/1980
End.: VERIADOR PIANCO DA SILVA FILHO		Bairro: CHÃ DO MARINHEIRO
Idade: SURUBIM		Nac.: BRASILEIRA
Mae: JACI FRANCISCA GOMES DA SILVA		Pai: ABEL BARBOSA DA SILVA
Profissão:		Responsável:
		Tel.: 81 96550682

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: **Nº Ocorrência:** **Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:**

19/12/2019 10:08	103953	ACIDENTE
18/05/2019 06:48	68436	TRIAGEM

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

- Poco amanha BEE, urte de Acidente de Moto (Amendoa glaucoma L 5115, urticária tópica. Com dor e urticaria. Dureza. Sos sinal de Alarma.

TRATAMENTO:

① S.R.L. 500g d. E. ✓
 ② Furoc 100g d. E. ✓
 ③ Clorid 1g. E. ✓
 ④ Prost. Cervic. Fort 100g d. E. ✓
 Adriana Gomes Souza
 dos Santos Souza
 CORDEIRO DE MELO JUNIOR CRM: 26576

XAMES COMPLEMENTARES:

Reexa cervical, Tórax, Pélv.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

INTIVO DA SAÍDA: Abdom.	TÉCNICO / COREN:
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> BÁSICO
<input type="checkbox"/> INTERNADO	<input type="checkbox"/> ESP
JUSTIFICATIVA:	
ENCAMINHADO:	
REMOVIDO:	
ÓBITO:	
ás _____ h _____ m. do dia _____	
DATA SÁIDA:	
HORA SÁIDA:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO

DATA: 19/12/2019 10:08:31

RECEPCIONISTA: CINTIA BARROS DOS SANTOS



11.05. Poderia em função de elenco
entre direto, em vez de 200-1.
para IX. de Ensaio musical LS.

① Encontro com o organizador.

1990-07-01 10:11:11
COM-PE-28576





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDEMENTO: RUA HARIO ESTAN SLAU - NUM. - 01005 - SAO JOSEAS
TIAO SURUBIM PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 24524183 Out/2019
MARIA ALBERTINA DE ARAUJO AV VEL. JOSE PIANCO SILVA, N. 30044 - CHA DO MARINHEIRO SURUBIM PE 55750-000 IN 7.817.401-149-720.500.3120.063 GRUPO:12 DEB. AUTOMATICO: 0.4524183		

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A 130/1 1614/	DATA LEIT. ANTERIOR 05/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 26/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD

ÁGUA:
LEIT ANT: 229 CONSUMO:6
LEIT ATU: TAXA MÍNIMA
LEIT FAT: 239

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG.	PORT.	ANALISES
09/2019	04	MS 2.934/11	REALIZ.	ATENDIMENTO LEGISLATIVO
08/2019	07	TURBIDEZ	60	63
07/2019	07	COR APARENTE	60	63
06/2019	07	CLORO RESIDUAL	60	63
05/2019	04	COLIF. TOTAIS	60	63
04/2019	08	E. COLI	60	63
MÉDIA:	06			

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBJS.: COCOLEIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMES
C2205 PARÂMETROS COCOLEIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
C2205 PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA	RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	CONSUMO DE ÁGUA	6. M3	44,28
------	--------------------------	-----------------	-------	-------

JUROS DE MORA 07/2019 0,13

EMANUEL COMPLEMENTOS
AV SAO SEBASTIAO
SAO SEBASTIAO-SURUBIM

Phoebus
V11.7.3 19/11/2019 15:49
PR:202-021518 SEQ:08155

COMPESA VAL PG.:R\$ 44,27

R210000-0000442700018145
02452419-J8110201970003

DOCUMENTO VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

CELPE SERVIÇOS
SOLUÇÃO DE PAGAMENTO

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PR. COMPESA	44,28	1,65	0,73

VENCIMENTO: 20/11/2019 TOTAL A PAGAR: 44,27

MENSAGEM:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304>
 Número do documento: 20070215220179200000062899304

Num. 64082558 - Pág. 14



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:
046.416.644-63 ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo:	ALBERTO BARBOSA DA SILVA	6 - CPF:	046.416.644-63
7 - Profissão:	REC. SNF	8 - Endereço:	AV. VEREADOR JOSE PIANCO DA SILVA
11 - Bairro:	CHA DO MARINHEIRO	12 - Cidade:	SUPUBIM
15 - E-mail:			
9 - Número:	44	10 - Complemento:	CASA
13 - Estado:	PE	14 - CEP:	55750.000
16 - Tel.(DDD):	81-99700-1998		

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: INTER

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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<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): Sim 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: Falecidos: *	30 - Vítima deixou nascituro (viver) <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: Falecidos: *	33 - Vítima deixou pais/avós 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
Introdução
digitar o
número da
assinatura e
assinar

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SUPUBIM 03 DE JANEIRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116^a CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116^aCIRC
DINTER1/16^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0206000041

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/01/2020** às **08:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/12/2019** às **09:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO TATUS, PRÓXIMO A ASSEMBLÉIA DE DEUS - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 01, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL / ESTRADA DE TERRAPLANAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
J H ELETRO LTDA EPP (OUTRO)
ALBERTO BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALBERTO BARBOSA DA SILVA
REINO ANIMAL: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

ALBERTO BARBOSA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mâe: **JACI FRANCISCA GOMES DA SILVA** Pai: **ABEL BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **6/10/1980** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6118613/SSP/PE (RG), 04641664463 (CPF), 02165594516 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **COBRADOR** Telefones Celulares: **- 81982351656**

Endereço Residencial: **AVENIDA VEREADOR JOSE PIANCO DA SILVA FILHO, 44 - CEP: 0 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

J H ELETRO LTDA EPP - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

06/01/2020 09:26



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **J H ELETRO LTDA EPP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTO BARBOSA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLF8680** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **937873926** Chassi: **9C2KD03208R004302**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**

ANIMAL BOVINO (REINO ANIMAL) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

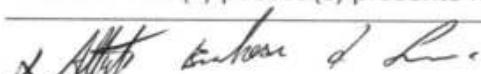
Categoria/Marca/Modelo: **BOVINO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL. DE SURUBIM-PE O SRº ALBERTO BARBOSA DA SILVA, INFORMANDO QUE NO DIA 19/12/2019 POR VOLTA DAS 09:30 HORAS SE ENCONTRAVA NO SÍTIO TATUS, NESTE MUNICÍPIO, A SERVIÇO DA EMPRESA J H ELETRO LTDA EPP, O QUAL TRANSITAVA EM UMA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM COM A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita E EM UM DADO MOMENTO SURGIU UM ANIMAL BOVINO DE PEQUENO PORTO, DE PROPRIETÁRIO DESCONHECIDO, O QUAL SAIU DE UMA CERCA DE AVELOZ INDO PARA O MEIO DA ESTRADA DE TERRAPLANEGEM, QUE A VÍTIMA AINDA TENTOU EVITAR O ACIDENTE MAS NÃO FOI POSSÍVEL E ATROPELOU O REFERIDO ANIMAL QUE NÃO MORREU E O SRº ALBERTO BARBOSA DA SILVA TEVE FRATURA NA CRÁVICULA DO LADO DIREITO. ADIANTA A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UNIDADE HOSPITALAR UPA, DESTA CIDADE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E ENCAMINHADO PELO MÉDICO PLANTONISTA PARA A CLÍNICA ROBERTO MATEUS PARA UM MELHOR ATENDIMENTO. NADA MAIS A REGISTRAR.

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



ALBERTO BARBOSA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3810267**



06/01/2020 09:26



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304>
Número do documento: 20070215220179200000062899304

Num. 64082558 - Pág. 18



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:
046.416.644-63 ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

5 - Nome completo: ALBERTO BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 046.416.644-63
7 - Profissão: REC. SNF 8 - Endereço: AV. VEREADOR JOSE PIANCO DA SILVA 9 - Número: 44 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CHA DO MARINHEIRO 12 - Cidade: SUPUBIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99700-1998

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: INTER

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 de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima 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 pais/avós vivos?

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
Introdução
digitar o
número da
assinatura e
assinar

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SUPUBIM 03 DE JANEIRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





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, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200127399 Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 19/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

ՀՀ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱռավարություն

Carta n° 15711853



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007021522017920000062899304>
Número do documento: 2007021522017920000062899304

Num. 64082558 - Pág. 20

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, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200127399 **Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 19/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000003719183-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200127399 **Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 19/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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, contados 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 15652483

Pag. 00567/00568 - carta_01 - INVALIDEZ



00020284



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304>
Número do documento: 20070215220179200000062899304

Num. 64082558 - Pág. 22

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: 07/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000003719183-7

Nr. da Autenticação ECF325175AB805FA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304>
Número do documento: 20070215220179200000062899304

Num. 64082558 - Pág. 23

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100582/20

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF: 046.416.644-63

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/12/2019

Titular do CPF: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

ALBERTO BARBOSA DA SILVA : 046.416.644-63

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: 23/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304>
Número do documento: 20070215220179200000062899304

Num. 64082558 - Pág. 24

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100582/20

Número do Sinistro: 3200127399

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF: 046.416.644-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2019

Titular do CPF: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 14/04/2020

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

Data do cadastramento: 14/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304>
Número do documento: 20070215220179200000062899304

Num. 64082558 - Pág. 25

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ALBERTO BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6118613 SSP/PE CPF: 046.416.644-63
DATA DO ACIDENTE: 19/12/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: ALBERTO BARBOSA DA SILVA
ENDEREÇO: AV VERDEADOR JOSE PIANCO DA SILVA FILHO, Nº 44, CHA DO MARINHEIRO, SURUBIM - PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-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**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SURUBIM- PE 20 DE DEZEMBRO 2019



INATURA DO OUTORGANTE

GER FIRMA POR AUTENTICIDADE



2º TABELIONATO
Tabelionato de Notas e Protestos de Surubim-PE
Rua São de Seteiro, 10, Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3534-1413 E-mail: outorga2tabelionato.surubim@gmail.com

Creusa Maria Silva de Lima - Testemunha Pública

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma(s) de: ALBERTO BARBOSA
DA SILVA. Dou fe. Surubim, 20/12/2019 Em Testemunho
da verdade. Creusa Maria Silva de Lima -
Tabelia Pública. Valido Somente como Selo de Autenticidade. R\$ 4,91. Tabelia Pública. Valido Somente como Selo de Autenticidade. R\$ 4,91.

Selo: 0073214.MJC11301901.01558 20/12/2019 11:56:21

Consulta autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/eletronicos](http://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127399 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 19/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA P.02/03/04/
IMAGEM P.05

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau completo - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100582/20

Vítima: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

CPF: 046.416.644-63

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/12/2019

Titular do CPF: ALBERTO BARBOSA DA SILVA

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

ALBERTO BARBOSA DA SILVA : 046.416.644-63

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: 23/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/07/2020 15:22:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070215220179200000062899304>
Número do documento: 20070215220179200000062899304

Num. 64082558 - Pág. 28