



Número: **0013335-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 19ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

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

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64212 121	06/07/2020 13:32	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200056522**

Nome do(a) Examinado(a): **DAVI SOARES BARBOSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ZAZA, 148 - S SEBASTIAO - Limoeiro - PE - CEP 55700-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8349737**

Data e local do acidente: [**31/10/2019**] **Limoeiro, PE**

Data e local do exame: [**14/02/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta do hálux direito

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

Ao exame, vítima apresenta limitação dos movimentos da flexão (30º) do hálux direito, deficit de força local de grau médio.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de fio de kirschner, fisioterapia. Alta há cerca de 2 meses.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do 1º pododáctilo direito

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

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



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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

1º pododáctilo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200056522 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVI SOARES BARBOSA **Data do acidente:** 31/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do hálux direito

Descrição do exame Ao exame, vítima apresenta limitação dos movimentos da flexão (30°) do hálux direito, deficit de força local de grau físico: médio.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com fixação de fio de kirschner, fisioterapia. Alta há cerca de 2 meses.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º pododáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 13:32:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070613322505200000063026527>
Número do documento: 20070613322505200000063026527

Num. 64212121 - Pág. 4

PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA

matc



BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 027159

Nome: DAVI SOARES BARBOSA	Idade: 29 Anos 2 Meses 25 Dias	CLASSIFICAÇÃO: VERDE	Nº OCORRÊNCIA: 00208306
End.: LUIZ CORREIA DE OLIVEIRA	Nº: 216	CNS: 898002975442051	Est. Civil: CASADO
Mãe: MARIA DE FATIMA SOARES DE OLIVEIRA	Nascimento: 06/08/1990	CEP: 55700000	Bairro: ALTO 5 SEBASTIÃO
Pai: JOSE FRANCISCO BARBOSA	Doc nº: 8349637 sds pe	Nacio.: BRASILEIRA	Cor/Raça: BRANCA
Profi.: SERVENTE DE PEDREIRO	Acom.: O MESMO	Telefone: 81 96001931	Sexo: MASCULINO
Encaminhamento: ORTOPEDIA			Município: LIMOEIRO

Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
AO ORTOPEDISTA (DOR MID+ COLISÃO)

Procedência: Via pública
Doenças preexistentes: NEGA

Intolerância/Alerg.: NEGA

Régua de dor:

Parâmetros: PA: 14/10 FC: 84 R: T: HGT: 101 Spo2: 96

Pré-consulta:

Estado do Paciente:

GLASGOW: Peso:

Sintomas: Ritmo sinusal

Duração da dor:

Localização:

Dor presente:

Irradiação:

Edemas:

Observações:

Últimas Ocorrências	Data: Hora: Nº:	Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:
13/10/2017 11:57	00021101	PACIENTE REFERE DOR LOMBAR
28/09/2017 08:31	00017608	PACIENTE REFERE DOR EM REGIÃO LOMBAR A 2 DIAS, FEZ USO DE DORFLEX.

Queixas / Diagnóstico

QUEIXA DE ACOTO APOS COLISÃO. NEGA DOR FORTÍSSIMA E DESMIGRA. G-159 REFERE DOR E SINTOMA DE DOR LOMBAR A 2 DIAS. DIREITO

Tratamento
CÍMPEZA + CURRAN.
AVALIAÇÃO DO
ORTOPEDISTA
CETOTROFENO 100 mg
x 50 ml
M. 25

Exames complementares

= FRATURA DE PÉ DE ALVOR

Impressão diagnóstica

ET POSTER DE NALVOR D

Motivo da saída: Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: -:

Atendimento Médico

Médico / CRM

Urgência
 Obs. até 24 hs

Cód. procedimento

Assinatura

SERVICO NOTARIAL GRACAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO

Rua Vieira Júnior, nº 100, Centro, Limoeiro-PE, CEP: 55.730-000 - Fone: (81) 3429-0762 - Fax: (81) 3429-0498

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me

foi apresentado, em qual autenticado a dou fe. Emol. R\$ 3,00 - TMR R\$ 0,00 - FMBR R\$ 0,24 - FEMB R\$ 0,03 FOBING R\$ 0,07, ISS R\$ 0,07

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

Limoeiro-PE 11/11/2019 16:51:49 - Cod Op: 16 - Em test

{

FESTOIA DE SICUREZA - Notaria

Salvo: 0073726-WJH09101901-02228

Técnico / Conselho

Horário

DATA: 31/10/2019 13:20:19 RECEPCIONISTA: MARIA DO CARMO SILVA

31/10/2019

às 15:00h.

Tranma M19

Sangramento Ativo.

Perdeu o efeito da histerax.

Vacina da tetano hz "vazios mui"

Conduzido ① SPT e VPT I.m. / 15:20

① Agalotina 2,0 ml (AD) /

③ Solutio transfusional 15 35

Hs vital Sonda / 5805656
Hs vital gálico 00 g002

Set: 2 1855 02A

Fab: 10/2018

Val: 10/2021

Nat: L: 221501218A

Fab:

Val: abril 1.2021

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
06/07/2020



SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO Not. Maria das Graças da
Silva Moraes Júnior Pinto, N° 02, Centro, Limoeiro-PE, CEP: 52.760-000 - Fone: (81) 3625-0702 - Fax: (81) 3625-0308
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me
foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Email: R\$ 3,00 TEFN: R\$
0,68 RREC: R\$ 0,34. FERN: R\$ 0,03 FUNSEG: R\$ 0,07 ISS: R\$ 0,01
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sealdigital
Limoeiro-PE 11/11/2019 16:51:49 - Cod. Op. 14 - Em test.
PESSOA DE MOUREA - Notaria
Sale: 0073726.VUT09201901.02229

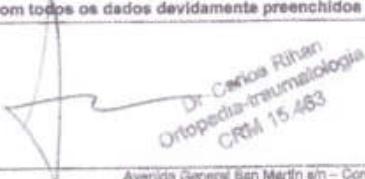


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 13:32:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070613322505200000063026527>
Número do documento: 20070613322505200000063026527

Num. 64212121 - Pág. 6



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: <i>Aaré Soares Barbosa</i>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: <i>Exsport</i>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <i>1135878</i>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: F: <input type="checkbox"/> M: <input checked="" type="checkbox"/>
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>Fratura Esportivo fálex</i>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>curvag</i>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <i>31/10/19</i>	DATA DA ALTA: <i>2/11/19</i>	DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÊNIO
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS <i>Fratura Esportivo fálex</i>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <i>toler</i>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <i>KOTE SEGUROS Erica Araujo 0101020</i>			
MOTIVO DA ALTA:	<input type="checkbox"/> CURADO	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/>	ÓBITO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO:
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
DATA: <i>2/11/19</i>		 Dr. Cícero Rihen Ortopedia-Traumatologia CRM 15.463	
MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM			
Avenida General Ben Martin s/n - Condado Recife/PE - CEP 50.850-080 Fone: (081) 31845600			
HGV 1010 V.1.2013.			

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Dar Farias

IDADE

SEXO: F M

R/

USO INTERNO

1) CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6/6H POR 07 DIAS

2) DIPIRONA 500MG ----- 20 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6/6H POR 05 DIAS EM CASO DE DOR

21/11/14

*Dr. Carlos Rihan
Ortopedia-Traumatologia
CRM 15.483*

*KOTE SEGUROS
Erica Araujo
06/07/2020*

HGV 1024.V.1201

Avenida General San Martin s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-060
Fone: 0XX813184-5600

 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>	 <p>RECEITUÁRIO</p>
<p>NOME COMPLETO: <i>Davi Lucas Barbosa</i></p>	
<p>IDADE:</p>	<p>SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p>
<p>DIÁLOGO MÉDICO</p> <p>Paciente admitido neste serviço, referindo acidente de motocicleta em 31/10/2019, evoluindo com patologia de CID: S92.4 Submetido a tratamento cirúrgico nesse dia, comparece a consulta diariamente com auxílio de medias, deixando com acompanhamento ambulatorial por mais cerca de 3 meses. Evoluindo sem intercorrências. Deixo a cargo do médico perito avaliar questões trabalhistas.</p> <p><i>31/11/2019</i></p>	

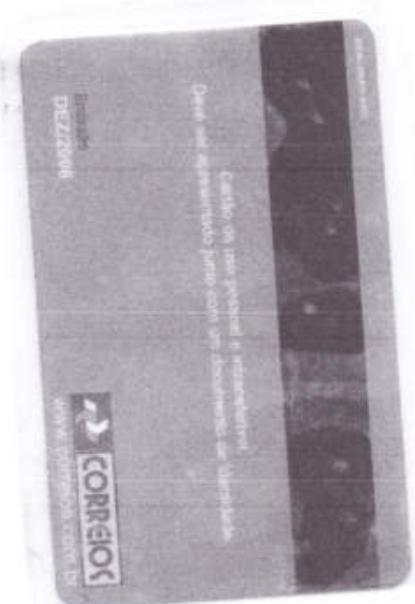
Avenida General San Martin s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-000
Fone: (081) 31545500

HGV.1002.V.1.2013.

Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM-PE 29967

KOTE SEGURU
Erica Araujo
31/01/2020





Call or 081-96686080 - 081994828698

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE NELSON CORREIA DA SILVA CPF: 889.417.538-91		DATA DE VENCIMENTO 16/01/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/01/2020	CONTA CONTRATO 007002543715
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ZAZA 148 SÃO SEBASTIAO/LIMOEIRO 55700-000 LIMOEIRO PE		TOTAL A PAGAR (R\$) 70,34	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/01/2020	Nº DO CLIENTE 2000025659
		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0001901260
RESERVADO AO FISCO A7E0.ECAE.6214.F0B4.BB54.FCEF.A8D7.F7BF				

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	84,00	0,42656182	35,83					
Consumo Ativo(kWh)-TE	84,00	0,35875625	30,13					
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,60					
Contrib. Bum. Pública Municipal			2,14					
ICMS Subvenção-CDE-NF 084947576-09/11/19			0,54					
TOTAL DA FATURA			78,34					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
67,56	28,00	18,88	67,56	0,90	0,60	67,56	4,15	2,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
W499987	CAT	13/12/2019	22.145,08	09/01/2020	22.229,08	28	1.00000	0,00	84.00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	
Nov/2019						
DIC-Nº de horas sem Energia	LIMOEIRO	0,61	3,79	11,58	23,16	
FIC-Nº de vezes sem Energia		2,86	3,30	6,60	13,20	
DIFIC-Duração máxima de interrupção (horas)		0,48	3,37	9,00	0,90	
DIFCR-Duração de interrupção em dia útil (horas)			Limite DIFCR: 12,22			
DIFCR-Valor de Enegraga de Uso = R\$ 25,00						

INFORMAÇÕES IMPORTÂNCIA

Pague no ponto mais perto de você e com pagamento comecos - me: limoeiro, ponta certo / kaléa e cordovil
serviços: r/ da alegria 340
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 38.452/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso, gera multa 2% (Res/14/A/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prós. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os prédios de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de desligamento da rede em caso de não-acerto a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DETAILED EXAMPLE

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007002543715	01/2020	70,34	16/01/2020

TAIÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este cahpoto será usado em leitora ótica.

838100000000 703400110074 002543215104 143842215336



ALIMENTACIÓN MÉDICA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 13:32:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070613322505200000063026527>
Número do documento: 20070613322505200000063026527

Num. 64212121 - Pág. 11



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

093101294-50

4 - Nome completo da vítima:

DAVI SOUZA Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP 09/445/2013)

5 - Nome completo:

DAVI SOUZA Barbosa

6 - CPE:

093-101294-50

7 - Profissão:

moto taxista

8 - Endereço:

Rua 273

7 - Número:

148

9 - Complemento:

casa

10 - Bairro:

São Sebastião

11 - Cidade:

Limeirinha

12 - Cidade:

PC

13 - Estado:

14 - CEP:

55.100-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDDD):

081 996686080

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉIOR 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 (AMELHOR 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 (selecionar para os bancos queira. Assinale uma opção) Bradesco (337) Itaú (343) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 56.438 0

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu, tratar 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 SOAMENTE 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 invalides permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço, mais, o julgamento, o prosseguimento de análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões e/ou traços de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa definitivo concordâncio com a futura contestação ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento SOAMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Endereço Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Cálculo Parâmetro com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro(s): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vôos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso oportuno, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem essa condição, estando ciente, ainda, de que, de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

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

37 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Limeirinha (PE) 27-01-2020

DAVI SOUZA Barbosa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0205002588**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/11/2019** às **16:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **31/10/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, RUA DA LEGRIA** - Bairro: **CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. A PADARIA MANANCIAL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DAVI SOARES BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DAVI SOARES BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA SOARES DE OLIVEIRA** Pai: **JOSE FRANCISCO BARBOSA** Data de Nascimento: **6/8/1990** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8349637/SDS/PE (RG), 09310129450 (CPF), 05088621068 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 996001931**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 148, RUA DO ZAZÁ- ALTO SÃO SEBASTIÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAVI SOARES BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI SOARES BARBOSA**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO-TRATOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

*KOTE SEGUROS
Erica Araujo
26/11/2020*

26/11/2019 17:00



Placa: **KHW6455** (PERNAMBUCO/LIMOEIRO) Renavam: **830863664** Chassi: **9C2.1C08504R023371**
Ano Fabricação/Modelo: **2004/2004** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/VOYAGE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NNR1603** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL A PESSOA DE DAVI SOARES BARBOSA PARA INFORMAR QUE QUANDO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN COR PRETA PLACA KHW-6455, FOI SURPREENDIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO VW VOYAGE POLO COR PRETA PLACA NNR-1603 CONDUZIDA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, AO REALIZAR UMA MANOBRAS SEM SINALIZAR, COLIDIU NA MOTOCICLETA DA VÍTIMA ONDE O MESMO VEIO A SER ATINGIDO, VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU CONFORME OCORRÊNCIA N° S701.981 SENDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO PRONTUÁRIO N° 027159 OCORRÊNCIA 00208306, SENDO EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SENDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA N° DO REGISTRO 1135878. NADA MAIS HAVENDO, ENCERRO.

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

**DAVI SOARES BARBOSA
(VITIMA)**

Davi Soares Barbosa

B.O. registrado por: **JANAINA ENEDINA DE SANTANA** - Matrícula: **319898-7**

[Assinatura]



*KOTE SEGUROS
Erica Araujo
06/11/2020*

26/11/2019 17:00



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 13:32:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070613322505200000063026527>
Número do documento: 20070613322505200000063026527

Num. 64212121 - Pág. 14



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - NIF do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

093.101.294-50

4 - Nome completo da vítima:

DAVI SOUZA Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP 09/445/2013)

5 - Nome completo:

DAVI SOUZA Barbosa

6 - Profissão:

moto taxista

7 - Endereço:

Rua 273

8 - Bairro:

São Sebastião

9 - Cidade:

Limeirinha

10 - Estado:

PE

11 - CEP:

55.100-000

12 - E-mail:

13 - Telefone:

081 996686080

14 - Complemento:

Caro

15 - Telefone (DDDD):

16 - CEP:

081 996686080

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 (AMELHOR 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\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (selecione para os bancos queira. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (343) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 56.438 0

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREenchimento SOLENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização

do Seguro DPVAT por invalides permanente, uma vez que (assinale 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.

Peço, portanto, que o IML realize a prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalides permanente, com base na documentação

que for fornecida, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões

e/ou suas consequências de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa definitivo concordâncio com a futura

execução das medidas ou decisões acerca do direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento SOLENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Endereço Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:25 - Gênero do Parâmetro com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tem filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro(s): Sim Não 31 - Vítima teve imóveis? Sim Não 32 - Se tem imóveis, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima tem parentes vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso oportuno, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem

esta condição, estando ciente, ainda, de que, de qualquer omissão ou declaração não verossímil poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da

execução da pena criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

37 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Limeirinha (PE) 27-01-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Davi Souza Barbosa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200056522

Vítima: DAVI SOARES BARBOSA

Data do Acidente: 31/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAVI SOARES BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada

após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01501/01502 - carta_02 - INVALIDEZ



00040751

Carta nº 15491068



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 13:32:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070613322505200000063026527>
Número do documento: 20070613322505200000063026527

Num. 64212121 - Pág. 16



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, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200056522 Vítima: DAVI SOARES BARBOSA

Data do Acidente: 31/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAVI SOARES BARBOSA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: DAVI SOARES BARBOSA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000056438-0

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.

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, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200056522 **Vítima: DAVI SOARES BARBOSA**

Data do Acidente: 31/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAVI SOARES BARBOSA

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

Pag. 01457/01458 - carta_01 - INVALIDEZ



00020729

Carta nº 15468959



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 13:32:25
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070613322505200000063026527>
Número do documento: 20070613322505200000063026527

Num. 64212121 - Pág. 18

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: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAVI SOARES BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000056438-0

Nr. da Autenticação 9E53B566BD8ADC0B



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 13:32:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070613322505200000063026527>
Número do documento: 20070613322505200000063026527

Num. 64212121 - Pág. 19

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0046372/20

Vítima: DAVI SOARES BARBOSA

CPF: 093.101.294-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/10/2019

Titular do CPF: DAVI SOARES BARBOSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

DAVI SOARES BARBOSA : 093.101.294-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/02/2020
Nome: DAVI SOARES BARBOSA
CPF: 093.101.294-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

DAVI SOARES BARBOSA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 13:32:25
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070613322505200000063026527>
Número do documento: 20070613322505200000063026527

Num. 64212121 - Pág. 20