



Número: **0020633-97.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARLOS MENDES DA SILVA FILHO (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64416 115	09/07/2020 11:25	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Núm. 64416115 - Pág. 1



()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190666868 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

CPF/CNPJ: 16791790474

Posição em 30-06-2020 15:03:16

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

27/01/2020 R\$ 3.375,00 R\$ 0,00 R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/01/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	Download
11/01/2020	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	Download
21/12/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	Download



03/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/zdhB__W8+M220TAIxuzapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqlIwoQZEtqU=)
03/12/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/nUeLtRsDFooQlWIHH1api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqlIwoQZEtqU=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.laurel.com/policy/DPVAT/DPVATOfficial.aspx>)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))
 - › Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
 - › Saiba Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))
 - › Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
 - › Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT ([/Pages/Quem-Somos.aspx](#))
 - › Sobre o Seguro DPVAT ([/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#))
 - › Informações Gerais ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))
 - › Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))
 - › Dicionário do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT](#))
 - › Perguntas Frequentes ([/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes](#))

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
 - › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
 - › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
 - › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
 - › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
 - › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Terminos-de-Uso.aspx](#))



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Nº 64416115 - Pág. 1



UNIDADE MISTA MARIA TEREZA BRENANNO COELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 10793670/0001-66

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Carlos Mendes da Silveira Filho PRONTUÁRIO: 18285-8
IDADE: 21 anos DATA: 29/08/19 - 19:20h

UNIDADE DE DESTINO: HRI/ANP + Emergência Geral

SENHA: 5759679

HDA: Colisão moto x moto sem capacete há ± 20 min
com TPE + siyeppe + desorientação, isolando com
temores autonormais e sonolência há ± 10 min,
acompanhando náusea estômico, agitado, ouviu
traz gritos, paciente no momento se referiu dor.
Em tempo: paciente apresentando suor se ná-
use, porém presenteção do nível de consciência

EXAMES COMPLEMENTARES:

EM USO DE: Faixa branca náusea de indigestão constante

EXAME FÍSICO

GERAL: F G Rep, torpor, desorientado, parado, supinado,
hidratado, eurétomico, atraúto
AV: RR 14, T 37, BPF 111, FR 88, PA 130x90
AP: MP em AHT M, RA, FR 16, Iaf 38Y/100
ABD: Plano, difinido, sem náusea digestiva perito-
mial, ext:
EXT: Traqueia
SIN: Elargada (3 + 4 + 5), eocálio, reflexos pupilares p-
rotágeus.
OBST:

OUTROS:

HD: ① Colisão Moto x Moto + TPE + Desorientação +
desconhecimento de Endereço ② Hematoma na face, ale-

do: ③ Solto quebração da Unicameral + Emer-

gência Geral. Atividade era SAMU (5673903).

Avenida Major Severino Mendes, nº 35 - Buenos Aires - PE - CEP: 55845-000

Fone: (81) 3647-1173

Em tempo: isolando com náusea, suor, TOT (TOT 715,

(náusea digestiva) sem sedação (ad:00h).





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO	PRONTUÁRIO: 1691413	ATENDIMENTO: 01475780
DATA DE NASCIMENTO: 01/04/1998	FOI ATENDIDO EM: As	DATA DA ALTA: 17/09/2019 AS. 09:06

Diagnóstico Provável:

TCE GRAVE
-- FRATURA DE CRANIO TEMPOROPARIETAL DIREITA COM AFUNDAMENTO + CONTUSÃO
-- PO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA + DRENAGEM DE CONTUSÃO (30/08/19)

Tratamento Realizado:

CIRÚRGICO

Observação:

LAVAR FERIDA COM ÁGUA E SABONETE
- RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS DE CIRURGIA
- AFASTAMENTO POR 30 DIAS
- FISIOTERAPIA MOTORA

Encaminhado para:

RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. DELSON COM 30 DIAS

NANDINHO LUIS GOMES - CRM: NP.8452

Recife, 17, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Públiso do Estado de Pernambuco.

Av. Ágamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 7

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 29/08/2019 20:16

Nome Paciente:	CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	01/04/1998
Sexo:	Masculino
Idade:	21
Senha:	U0052
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Periodo: 29/08/2019 20:17 - 29/08/2019 20:17

ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	LARANJA - MUITO URGENTE
Cor:	LARANJA
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE COLISAO P MOTO/MOTO APRESENTOU VOMITO COM SANGUE CHEGOU INTUBADO
Observação:	SENHA 5759678 SEM CAPACETE
Fluxograma sintoma:	TRAUMA CRANIOENCEFALICO
Discriminador(es):	- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?
Especialidade:	NEUROCIRURGIA ADULTO
Sinais Vitais Lidos:	- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3 - REGUA DE DOR: 0

29/08/19

4 Enr Raquel

Enquanto paciente aguardava TC, paciente veio para consulta
hemodinâmica.

Paciente veio relatando de hipotensão sang. BV em 100, veio
intubado da OR.

Intubado
29/08/19

29/08/19

4 CG#

Raquel TC de 100: Ausculta de pulso: PR 100/100, PTT 100, O2 98%
Sopro mediastinal. TC de Abdomen: Ausculta de peritonismo
ausculta de líquido liso, ausculta de ecos de viscosas massas.

OB: plena da CG.

Forneceu dados da NC

Intubado
29/08/19

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/08/2019 20:17



21:30 #NCR#

Resgate TC de crânio que evidencia fratura temporal parietal. O contorno menínico é mínimo, sem desvio de linha média ou engavetamento. Discutido com equipe do plantão

CD: 1) ~~Genre fratura~~ Negativa Neurológica

2) Deixo em AVA + sedação.

3) Soluto exames

~~Exames~~
~~Exames de coleta cerebral~~
~~pt ordem~~
~~Repositionados pezinhos venosos perifericos~~
~~as 1hr. Sedação~~
~~pt auxiliar~~



D. Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MBD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilar: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular Escore: <input type="checkbox"/> Hora	Glasgow: Resposta Verbal Escore: <input type="checkbox"/> Hora
Glasgow: Resposta Motora Escore: <input type="checkbox"/> Hora	

$$ECG = 4 + 1 + 3 = 87$$

E. Exposição/Abdômen:

Fraçado S1 Dorsos. Ponto estéril
Boxcocoxa Protríge

Diagnóstico Inicial: <input checked="" type="checkbox"/> (GG) <input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia (Hemocaxus?)	Cod. Procedimento
Conduta: <input checked="" type="checkbox"/> (GG) O TCCANIO (cc coronal torax e Abd. Passam SVD <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Ass. Médico
 Ana F. Kressel Médico Cirurgião	
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta
Internado na Clínica.

Condição de Alta:
 Curado Melhorado
 Inalterado Piorado
 Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____

Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____

Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 29-Ago-19





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO	PRONTUÁRIO: 1691413	ATENDIMENTO: 01475780
DATA DE NASCIMENTO: 01/04/1998	FOI ATENDIDO EM: ÁS	DATA DA ALTA: 17/09/2019 ÁS 09:06

Diagnóstico Provável:

TCE GRAVE
- FRATURA DE CRANIO TEMPOROPARIETAL DIREITA (TO + CONTUSÃO)
- PO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA + DRENAGEM LINFÁTICA (30/08/19)

Tratamento Realizado:

CIRÚRGICO

Observação:

LAVAR FERIDA COM ÁGUA E SABONETE
- RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS DE CIRURGIA
- AFASTAMENTO POR 30 DIAS
- FISIOTERAPIA MOTORA

Encaminhado para:

RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. DELSON COM 30 DIAS

NANDINHO LUIZ GOMES - CRM: 8452

Recife, 17, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Pùblico do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães - Recife - PE CEP 52.010-040
Fone: (81) 3181-5400

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:
-------------------	--------------------------------------

DATA DO ACIDENTE:	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	
LEÇÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	

LEÇÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	
TCE	

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	
Tratamento Ortopédico TCE	
ADTa 17/09/114	

ALTA INDICAT	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
--------------	---	------------------------------

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Caso positivo descrever:		

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONSIDERAR QUE:		
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO		

<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU BEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA		
---	--	--

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º	Período operatório. Descrição no
2º	Tempo 1 no espaço, operário - no espaço
3º	1º os fatores operários acidentais. Um tipo de
4º	intervento (intervento, Trauma, Trauma)
5º	75% Ureia

6º	Intervento
7º	Coronavírus
8º	33/10/19

S. J. Amorim Dr. Rosângela G. Góes
Médica RELÍCPE 2
Assinatura e Carimbo



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CRM:	UF:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone: ()	

1^ª VIA FARMÁCIA
2^ª VIA PACIENTE

Paciente: *Carlos Mendes da Silva Filho*
Endereço:
Prescrição: *Amiodarone (100mg) — 1Cx
1 qd (d) 12h.*

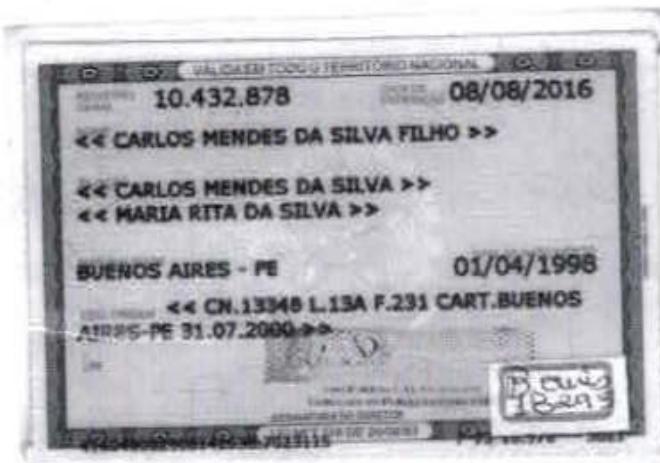
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome completo:			
Ident.:	Órg. Emissor:		
Endereço:			
Cidade:	UF:		
Telefone: ()		Assinatura do Farmacêutico	Data





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 16

DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PE N° 012805916010 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
DATA EMISSÃO 25/03/2016	EXPIRAÇÃO 25/03/2017	TRANSPORTADAS OU NAO : SEGURO DPVAT	
ALEXANDRE CAVALCANTE DE LUCENA			
ESTADO DA PARAÍBA			
ALEXANDRE CAVALCANTE DE LUCENA		ENDERECO: RUA 01, 1000 - BLOCO 01 - BARRA DA TIMBABA - 58100-000 - BARRA DA TIMBABA - PB	
PLACA: PE-05829		EXPIRAÇÃO: 25/03/2017	
PLACA ANT. UF: PE-05829		CHASSI: 9G2ECL69882548387	
CARRO / MOTOCICLETA		COMBINATIVO: ALCO/04001	
MARCA / MODELO: HONDA/CIVIC 1.6 FAN E5DT		ANO FAB: 2011	
ANO MODELO: 2011/2012		ANO MFG: 2011/2012	
CAB / MOTOR: 1490		CATEGORIA: PARTIC	
PESO: 1490		COR/PAINT: VERMELHO	
PESO: 1490		VEÍCULO: 1	
PESO: 1490		VEÍCULO: 1	
PESO: 1490		VEÍCULO: 1	
PRÉMIO TARIFFÁRIO: 100,00 - PREMIO LOCAL: 100,00 - DATA DE PAGAMENTO: 17/08/16			
SEGURADO FAZER OBRIGATÓRIO			
DEclaro que 1.º - SOU O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 2.º - DECLAREI O SEU NOME NO DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO 3.º - DECLAREI O SEU NOME NO DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO 4.º - DECLAREI O SEU NOME NO DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO			
DATA: 17/08/16		SAC: 0800 032 1204	
TRANSPORTADAS OU NAO : SEGURO DPVAT			
PE N° 012805916010 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ALEXANDRE CAVALCANTE DE LUCENA			
ESTADO DA PARAÍBA			
ALEXANDRE CAVALCANTE DE LUCENA		ENDERECO: RUA 01, 1000 - BLOCO 01 - BARRA DA TIMBABA - 58100-000 - BARRA DA TIMBABA - PB	
PLACA: PE-05829		EXPIRAÇÃO: 25/03/2017	
PLACA ANT. UF: PE-05829		CHASSI: 9G2ECL69882548387	
CARRO / MOTOCICLETA		COMBINATIVO: ALCO/04001	
MARCA / MODELO: HONDA/CIVIC 1.6 FAN E5DT		ANO FAB: 2011	
ANO MODELO: 2011/2012		ANO MFG: 2011/2012	
CAB / MOTOR: 1490		CATEGORIA: PARTIC	
PESO: 1490		COR/PAINT: VERMELHO	
PESO: 1490		VEÍCULO: 1	
PESO: 1490		VEÍCULO: 1	
PESO: 1490		VEÍCULO: 1	
PRÉMIO TARIFFÁRIO: 100,00 - PREMIO LOCAL: 100,00 - DATA DE PAGAMENTO: 17/08/16			
SEGURADO FAZER OBRIGATÓRIO			
DEclaro que 1.º - SOU O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 2.º - DECLAREI O SEU NOME NO DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO 3.º - DECLAREI O SEU NOME NO DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO 4.º - DECLAREI O SEU NOME NO DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO			
DATA: 17/08/16		SAC: 0800 032 1204	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ: 00.344.000/0001-04 www.seguradoralider.com.br			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666868 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSO PARIETAL COM AFUNDAMENTO E CONTUSAO CEREBRAL A DIREITA.

Descrição do exame físico: CONSCIENTE E ORIENTADO, MAS ALGO DESATENTO, RESPOSTA MOTORA LENTIFICADA, RESPOSTA VERBAL QUASE NULA, EXAME MOTOR E AUTONOMICA. PRESERVADO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM REABILITAÇÃO NEUROLOGICA SATISFATORIA, MAS COM SEQUELAS COGNITIVAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666868 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSO PARIETAL COM AFUNDAMENTO E CONTUSAO CEREBRAL A DIREITA.

Descrição do exame físico: CONSCIENTE E ORIENTADO, MAS ALGO DESATENTO, RESPOSTA MOTORA LENTIFICADA, RESPOSTA VERBAL QUASE NULA, EXAME MOTOR E AUTONOMICA. PRESERVADO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM REABILITAÇÃO NEUROLOGICA SATISFATORIA, MAS COM SEQUELAS COGNITIVAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423609/19

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

CPF: 167.917.904-74

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/08/2019

Titular do CPF: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO : 167.917.904-74

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: 29/11/2019
Nome: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
CPF: 167.917.904-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 20

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423609/19

Número do Sinistro: 3190666868

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

CPF: 167.917.904-74

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/08/2019

Titular do CPF: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO : 167.917.904-74

Autorização de pagamento

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: 17/12/2019
Nome: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
CPF: 167.917.904-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 21



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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190666868 Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 29/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmado as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	--

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

Pag: 0178701788 - carta_03 - INVALIDEZ



00050894

Carta nº 15174797



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 22



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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666868 Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 29/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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 n° 15176429



230 00615/000616 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 23



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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666868 **Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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. 00323/00324 - carta_02 - INVALIDEZ



00070162

Carta nº 15264981



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 24



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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666868 **Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Pag. 01539/01540 - carta_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 25

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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666868 **Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

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

Recebedor: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000002085-0

Conta: 000004337-0

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.

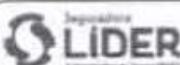
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

3190666869

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE
 2 - Número do atestado da ASL: **1639790474** Nome completo da vítima: **Antônio Mendes da Silva, Filho**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEPE nº 405/2012

5 - Nome completo: **Antônio Mendes da Silva Filho** 6 - CPF: **163979047904-74**
 7 - Profissão: **Mecânico** 8 - Endereço: **Rua 30** 9 - Município: **19** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Brás Leste** 12 - Cidade: **São Paulo** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55845-000**
 15 - E-mail: **Antoniusmendes1993@gmail.com** 16 - Tel. (000): **(11) 993046299**

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 (informar para os bancos abaixo. Anexe uma conta):
 Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (informar os bancos):
 Banco do Brasil (201) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: **Bnadesco**

AGÊNCIA: **2085** CONTA: **4337** (informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)

Autentico a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha iniciativa, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a que eu fui devido, reconhecendo e dando, desde já e imediatamente, a efetividade 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Tomado o pressuposto da anexação do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordo, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 1.947/74.

Declaro que esta autuação não significa previsão certeira com a futura invalidez médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso descreva seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOAMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data de falecimento da vítima:			
25 - Quem é o herdeiro com a menor:	26 - Vítima faleceu com parentes:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou com parentes, informar o nome completo:					
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar se vivo:	30 - Vítima deixou herdeiros:	<input type="checkbox"/> Sim	11 - Vítima faleceu:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar se vivo:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/irmãos vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se faleceu:	33 - Vítima deixou herdeiros:	<input type="checkbox"/> Não	12 - Vítima faleceu:	<input type="checkbox"/> Sim	34 - Se faleceu:	<input type="checkbox"/> Sim	35 - Vítima deixou pais/irmãos vivos?	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e gerarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omisão 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.

<p>36 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): 40 - Local e Data: Bruno Mendes da Silva, 16.01.20</p>	<p>38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p> <p>39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha</p>
--	---

TESTEMUNHAS

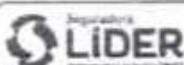
TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019

43 - Assinatura de Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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

2 - Nº do sinistro ou AAL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

16791790474 Carlson Mendes da Silva Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Carlson Mendes da Silva Filho* 6 - CPF: *16791790474*
 7 - Profissão: *Recurso* 8 - Endereço: *Rua 30* 9 - Cidade: *Bueng Aires* 10 - Complemento: *39*
 11 - Bairro: *São Luiz* 12 - Cidade: *Bueng Aires* 13 - Estado: *PE* 14 - CEP: *52845-000*
 15 - E-mail: *Recurso* 16 - CEP: *83993046999*

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORES 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:

REUSO 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/TUTORES) CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo. Atualize uma vez) CONTA CORRENTE (informe os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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, quaisquer ônus 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), 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 de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, contudo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automóvel, conforme o disposto na Lei 6.154/74.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 da morte 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 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim 31 - Vítima: Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim
 teve filhos? Não Vivos: Falecidos: Não Vivos: Falecidos: Não Vivos: Falecidos: Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso levada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta morte, estando certo, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rago)

38 - 1^o | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rago)

39 - 2^o | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rago)

40 - Local e Data:

*Bueng Aires, 08/11/19**Carlson Mendes da Silva Filho*

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FF5.001 V002/2019





----- via de S. JOSÉ -----
Data: 01-11-2011 Hora de Brasília: 11:40

Resumo em Língua Corrente

File name :
Serial : 232
Accession #: 01100 - CHM199
Length : 4000000000000-5
Name : CHM199 RECORDED ON 01/01/2014 FILE

Consultante : 3 PRACTICO
CABINETE
Valor: en dólares
Valor: en céntimos
Valor: total

44-Brownsn. 1703 - CANTON
Convex. Bas. 159 - SCIENCE VARIANCE
1991 00070011154 Authorization 80196

U. S. BELLITA DE SUECA VARIETADES - N.
alua como Correspondente Secundario de
Revista de Ciencias Soc.

Glossary and References

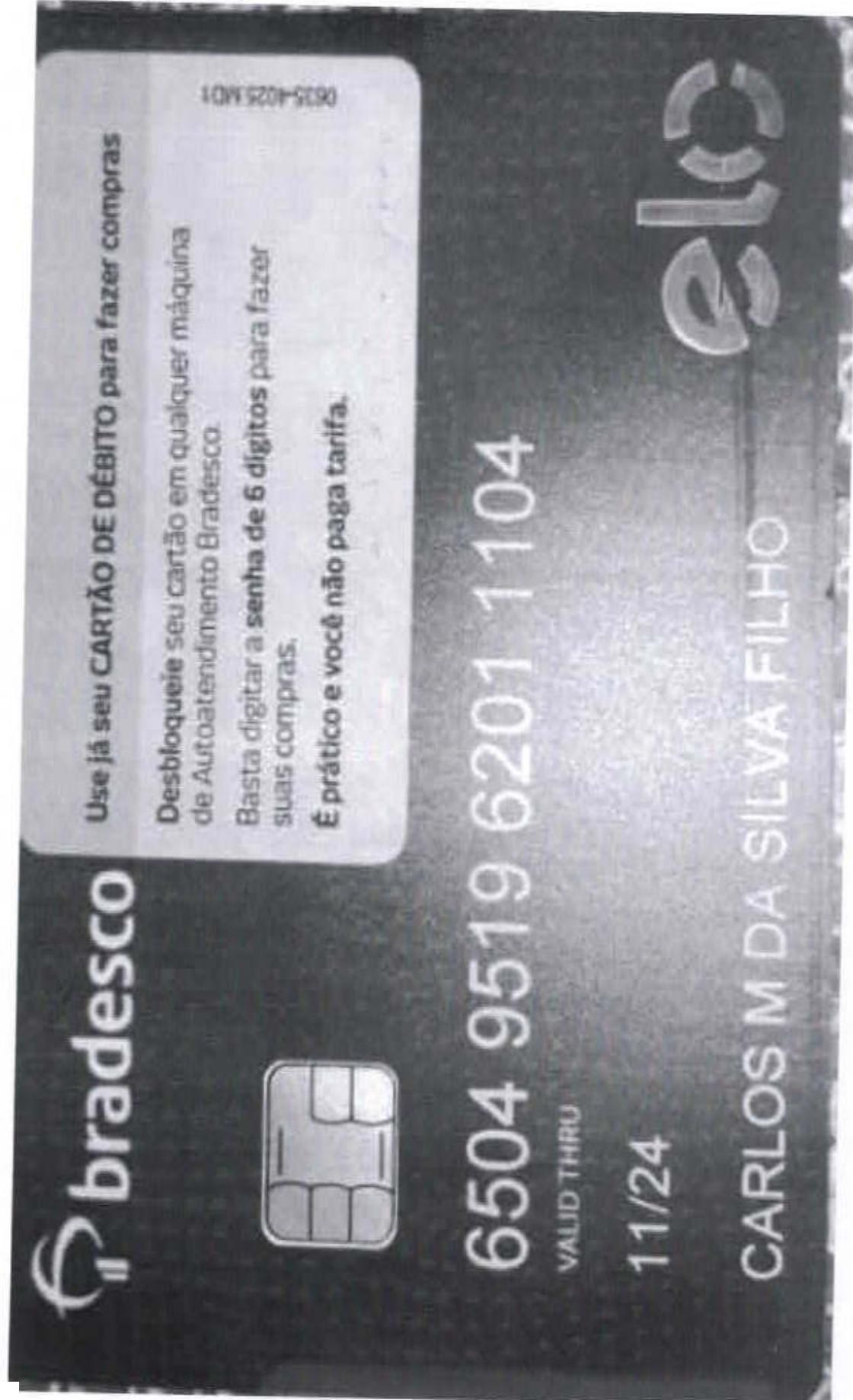
第2000期

HOA Number: 333438, Name: Becker, 11-41756
Termination: 08/01/2025



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>
Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 29





**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: 3190666868
Nome do(a) Examinado(a): Carlos Mendes da Silva Filho
Endereço do(a) Examinado(a): Rua 30, 19
Sao Luiz Buenos Aires PE CEP: 55845-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10432878
Data local do acidente: [29/08/2019]
Data local do exame: [30/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSO PARIETAL COM AFUNDAMENTO E CONTUSAO CEREBRAL A DIREITA.

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM CRANIOPLASTIA E DRENAGEM DE HEMATOMA. EM USO DE FENOBARBITAL E FENITOINA DE FORMA CONTROLADA.
Complicações: DEFICT COGNITIVO COMPORTAMENTAL. EPILEPSIA SECUNDÁRIA SOB CONTROLE MEDICAMENTOSO.
Data da Alta: VITIMA NAO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

CONSCIENTE E ORIENTADO, MAS ALGO DESATENTO, RESPOSTA MOTORA LENTIFICADA, RESPOSTA VERBAL QUASE NULA, EXAME MOTOR E AUTONOMICA PRESERVADO.

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

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

DEFICT COGNITIVO COMPORTAMENTAL GLOBAL LEVE.

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 o 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" "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

% 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 à valoração do dano corporal.


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2020 11:25:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070911255868100000063222670>

Número do documento: 20070911255868100000063222670

Num. 64416115 - Pág. 33



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
 DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001213

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/11/2019 às 16:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 29/8/2019 no período da Noite

Natureza Jurídica: **COLISÃO**

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA JOAO TEOBALDO DE AZEVEDO, 1, PRÓXIMO AO ESPETINHO DE SANTOS - Bairro: VILA SAO LUIZ - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

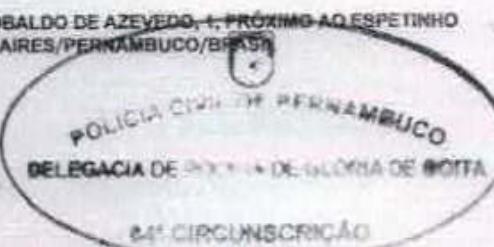
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)

ALEXANDRE CAVALCANTI DE LUCENA (OUTRO)

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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

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

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA RITA DA SILVA Pai: CARLOS MENDES DA SILVA Data de Nascimento: 1/4/1998 Naturalidade: BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 10432878/SDS/PE (RG), 15791790474 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º, GRAU

INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)

Endereço Residencial: RUA PROJETADA TRINTA, 19, SITIO SANTA ANA, SÃO LUIZ, BUENOS AIRES-PE - CEP: 0 - Bairro: VILA SAO LUIZ - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEXANDRE CAVALCANTI DE LUCENA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALEXANDRE CAVALCANTI DE LUCENA, que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI Objeto apreendido: Não

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)



Placa: PEO4529 (PERNAMBUCO/BUENOS AIRES) Chassi: 9C2KC1680BR548987
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCO/GASOL

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

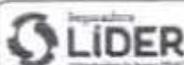
INFORMA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA CITADO PRÓXIMO AO ESPETINHO DE SANTOS, FOI DAR PREFERÊNCIA AOS PEDESTRES E AO SAIR COM A MOTO COLIDIU DE FRETE COM OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA NO SENTIDO OPUESTO OCASIONANDO O ACIDENTE, SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DE BUENO AIRES E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.

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

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
(VITIMA)

Carlos Mendes da Silva Filho
B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3
Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nif do vidente ou AGU:

3 - CPF do vidente: 6793790474 | 4 - Nome completo da vítima: *Carlos Mendes da Silva Filho*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Carlos Mendes da Silva Filho* 6 - CEP: 8591790474
 7 - Profissão: *Recurso* 8 - Endereço: *Rua 30* 9 - Bairro: *JM* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *São Luiz* 12 - Cidade: *Buenos Aires* 13 - Estado: *PR* 14 - CEP: *55845-000*
 15 - E-mail: *Recurso* 16 - Telefone: *85993046999*

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 (Sertente para os bancos abaixo. Ativada com opção)

Bradesco (237) Itaú (941)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

Escolho 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, reconhecendo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider 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 future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso necessário do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

INDÍCIO ALTAIR/TELESCOPE

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 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiros (filhos): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidas, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Buenos Aires, 08/11/19*

Carlos Mendes da Silva Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (seclarame)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-005_V002/2019

