



07/08/2020

Número: **0021563-18.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.787,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERO BERNADINO DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65967 686	07/08/2020 10:37	ANEXO 1	Outros (Documento)

**Lauda 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: 3200118754
Nome do(a) Examinado(a): Cicero Bernadino da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Jose Aragao Neto, 22 C
Sao Jose Santa Cruz do Capibaribe PE CEP: 55195-232
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / AL] 3337771-5
Data local do acidente: [05/10/2019]
Data local do exame: [07/05/2020] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE GRAVE COM CONTUSÃO CEREBRAL E FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE GRAVE COM CONTUSÃO CEREBRAL E OSTEOSÍNTESE COM
FIXADOR EXTERNO DA FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA**
Complicações: NDN
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**AO EXAME: HEMIPARESIA A DIREITA, REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO, DISFASIA,
DESORIENTAÇÃO**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DANO NEUROLÓGICO(HEMIPARESIA E DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL) E DO TORNOZELO 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 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- 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 (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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.

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

Dra. Andrea Rodrigues Madeira
CPF - 846.667.813-15
CRM/PE - 19953


Andrea R. Madeira
CRM - 19953





NOTA FISCAL - PATRUA - CONTA DE ENERGIA ELETTRICA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL MARQUES DA SILVA 86

LOTTO STA TEREZA II/SANTA CRUZ DO
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55195-115

CNRCA CONTINUT 7033065145 DATA DI INSCALZIMENTO 31/10/2019 TEMPER. IN PUNTO DI FUOCO	RIFERIMENTO 10/2019 DATA DI INSCALZIMENTO LAVORO 25/11/2019 34,46
--	--

Nº DA NOTIFICAÇÃO	NOME	ENDEREÇO
092423410	UNICA	34/10/2019
Nº DA NOTIFICAÇÃO	Nº DO REGISTRO	Nº DA NOTIFICAÇÃO
34/10/2019	2002154298	3445392

DESCRICAÇÃO DA MOVA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aço(100kg)	41,0000000	0,8108052	33,23
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,89
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,54

TOTAL DA FATURA

34,48

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DEUTA NOTA FISCAL

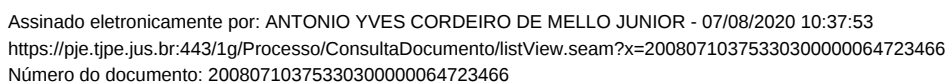
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL									
Nº DO BREDOR FV02266	TIPO DA FUNÇÃO CAI	DATA 23-06-2018	ANTERIOR LEITURA 10 980,00	DATA 24-10-2018	ATUAL LEITURA 10 721,00	Nº DE DIAS 21	CONSTANTE 1,00000	AJUSTE	CONSUMO (KM) 40,00

MÊS DE CONSUMO		IMPORÇÕES DE ENERGIA				COMPARAÇÃO COM ANOS	
OUT-18	41		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Carvão de Energia	R\$ 10,34 21,4%
SET-18	30					Tratamento	R\$ 1,20 3,42%
AGO-18	30					Shut-down G	R\$ 7,28 21,07%
JUL-18	31					Patrimônio de Energia	R\$ 2,24 6,65%
JUN-18						Energia de Energia	R\$ 1,71 4,88%
MAR-18						Tratamento	R\$ 11,08 32,18%
ABR-18						Total	R\$ 24,46 100%
MAR-18							
FEV-18							
JAN-18							
DEZ-18							
NOV-18							
OUT-18							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

[illegible]



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3
CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55192-305

CPF 945 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7008475460	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA DE VENCIMENTO
15/10/2019	08/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	53,62

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
079864121	UNICA	08/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/10/2019	2011188068	3423002

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	59,0000000	0,81089952	47,83
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,82
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,07
ICMS Supvenção-CDE-NF 072300654-08/08/19			0,80
TOTAL DA FATURA			53,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
3190297771	CAT	05/09/2019	252,00	08/10/2019	311,00	33	1,00000	59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana M^{te} Moura de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.744-104, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Licene Bernadino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.552.494/50, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Licene Bernadino da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.552.494/50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua - Rosemírio Alves da Rocha</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Stº Cruz do Cap.</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55292-305</u>
Email <u>_____</u>	Telefone comercial(DDD) <u>9-91613907</u>	Telefone celular (DDD) <u>9-97001998</u>	

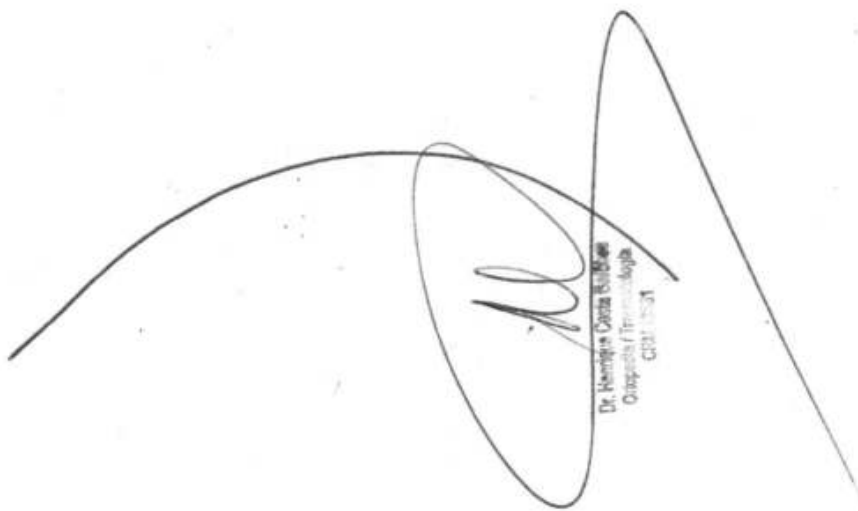
Stº Cruz do Cap. PE de 06/ JANEIRO de 2020
Local e Data

Adriana M^{te} Moura de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



FEI trouxe a
petição do Sr. Adr
externo e definiu
corpo para. Cel
do o nome


Dr. Hermídes Costa Bulhões
Osteopata / Terapeuta
COD. 11331



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO	
Paciente: <u>Clayton de Mello</u>	Registro: <u>11331</u>
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:
5822 é Ar Operado Art (Vene) nurses. For Opaco em L.C. + Fix externa Fz acompanhamento clínico e neurológico. Hoje - após avaliação clínica e radiográfica (vinte) 11	
Data: <u>27/3/2020</u>	Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **CICERO BERNARDINO DA SILVA**, CPF-091.552.494.50, RG-33.377.715 SDS/AL, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID – **0446**, REG- **25.184** no dia 05 de outubro de 2019, às 20:h e 04min, na PE – 160, Próximo ao posto Maria de Nazaré, com queixa de colisão de moto com carro, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO (USA)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 08 DE SETEMBRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora SAMU

**MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA**

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em 09/10/19

Claudemir Bernardino da Silva





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **CICERO BERNADINO DA SILVA** nascido em 17/05/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 05/10/2019 por volta das 22h53min.

Santa Cruz do Capibaribe, 10 de OUTUBRO de 2019.

ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT.069043

Jose Ademir Pereira
Diretor
MAT. 514591



Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

CPF:

CEP:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Fone:

Pressão Arterial:

Pulso:

Temperatura:

Peso:

Histórico da Doença atual:

Exame Físico: *Pele branca, limpa, úmida. Arterias fortes e normais. Pulso regular, com 72 batimentos por minuto. Tórax: sem murmúrios anormais. Abdome: sem sinais de irritação. Extremidades: sem edema. Pressão arterial: 120/80 mmHg.*

Exame Físico

Diagnóstico Provisório:

Conduct:

2145

2400 Co

Liberação do Paciente: Data _____

Hora:

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente

CÓPIA AUTORIZADA

Dr. M. J. J. J. J.

5090 - 76 Lm

CCV = 15

(AO 2, EUR/ R.m6)

21.09

Senka

5756936

46



FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____:

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia (); Cianose (); Estridor (); PC <50>140 (); FR >32vpm (); Extremidades frias (); Pulso Fraco (); Pulso Ausente (); Sudorese (); PAS <80mmhg (); PAD >130mmhg (); Letargia (); Convulsionando (); Irresponsivo ou só resposta a dor (); Intoxicação exógena (); Sangramento intestinal (); Lesão grave (); Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglicemia com sudorese intensa ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 (); FC <50 ou >140 (); PAS <90 ou >190mmhg (); PAD >130 (); Febre >39°C (); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 3º graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); Enterorragia (); Epistaxe (); Acidente perfuro/cortante c/material biológico ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa (); Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, quações (); Dor abdominal sem alterações de SSW (); PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas (); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia ();

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou retirada de pontos (); Vômitos ou diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA () AMARELA () VERDE () AZUL ()

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO ()

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO _____



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 169 6052

Nome: CECÍLIO BEZMANSO DA SILVA

Foi atendido às 13:40 hs. do dia 23 / 11 / 19

Diagnóstico Provável: _____

- TCG GUVS

- CONDIÇÃO CORARIL POCIENTE
GUVS 2

- TRATAMENTO CONSERVADOR PELA
NEUROLOGIA

Tratamento Realizado: - POCIENTE SEM CONSERVADOR

DISFASIA, HOMIPROGIA.

- FIM SGAUM GUVS EM 23/11/2019

Observação: - SEM CONDIÇÃO POCIENTE EM 23/11/2019
POCIENTE (NEUROLOGIA)

Cópia de: _____

Médico: _____ Nº _____

*Luiz Antônio dos Santos
NEUROLOGIA
P.O. 15-418*

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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 3696052
Nome: Cicero Bernardino Silva
Foi atendido às 21:14 hs. do dia 06/10/19

Diagnóstico Provável:

1/ Fratura fechada do
osso da espinha.

Tratamento Realizado:

2/ Tratamento cirúrgico
com fixação externa
linear.

Observação:

Retorno ao Ambulatório
de Ortopedia em 02 semanas
após alta hospitalar.

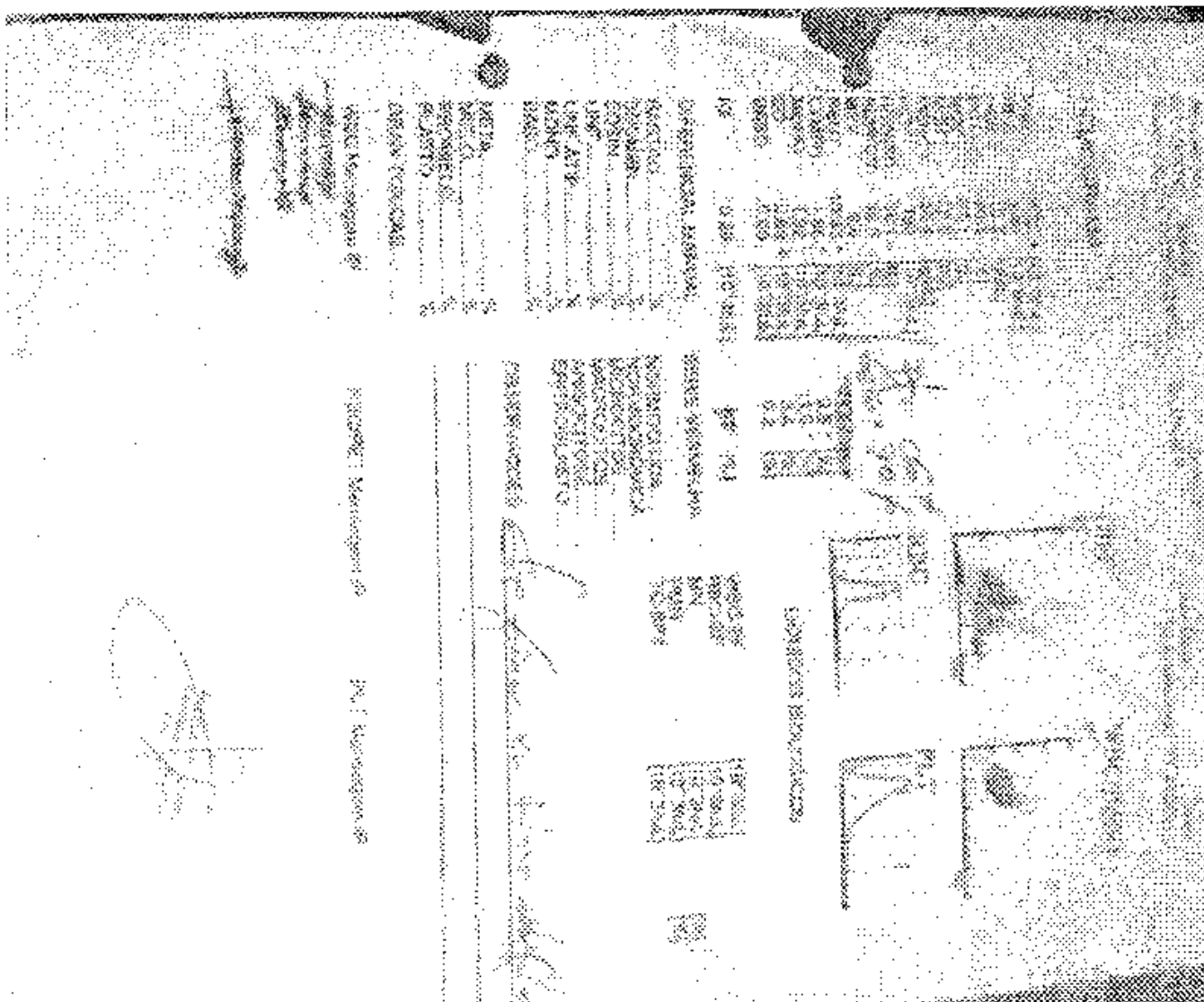
Cópia de:

Médico - CRM Nº

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 Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

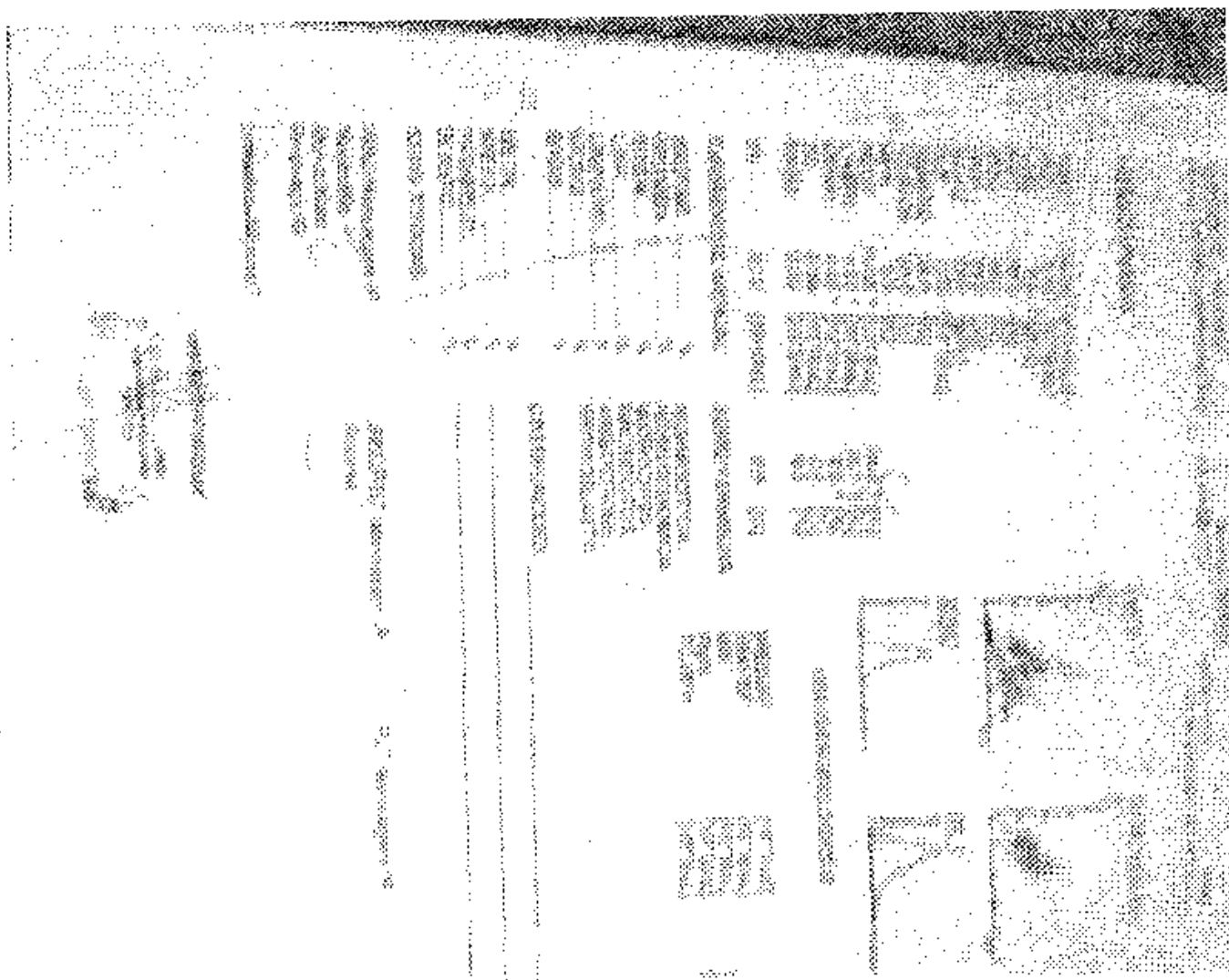
Cód. 0157





Digitalizado com CamScanner





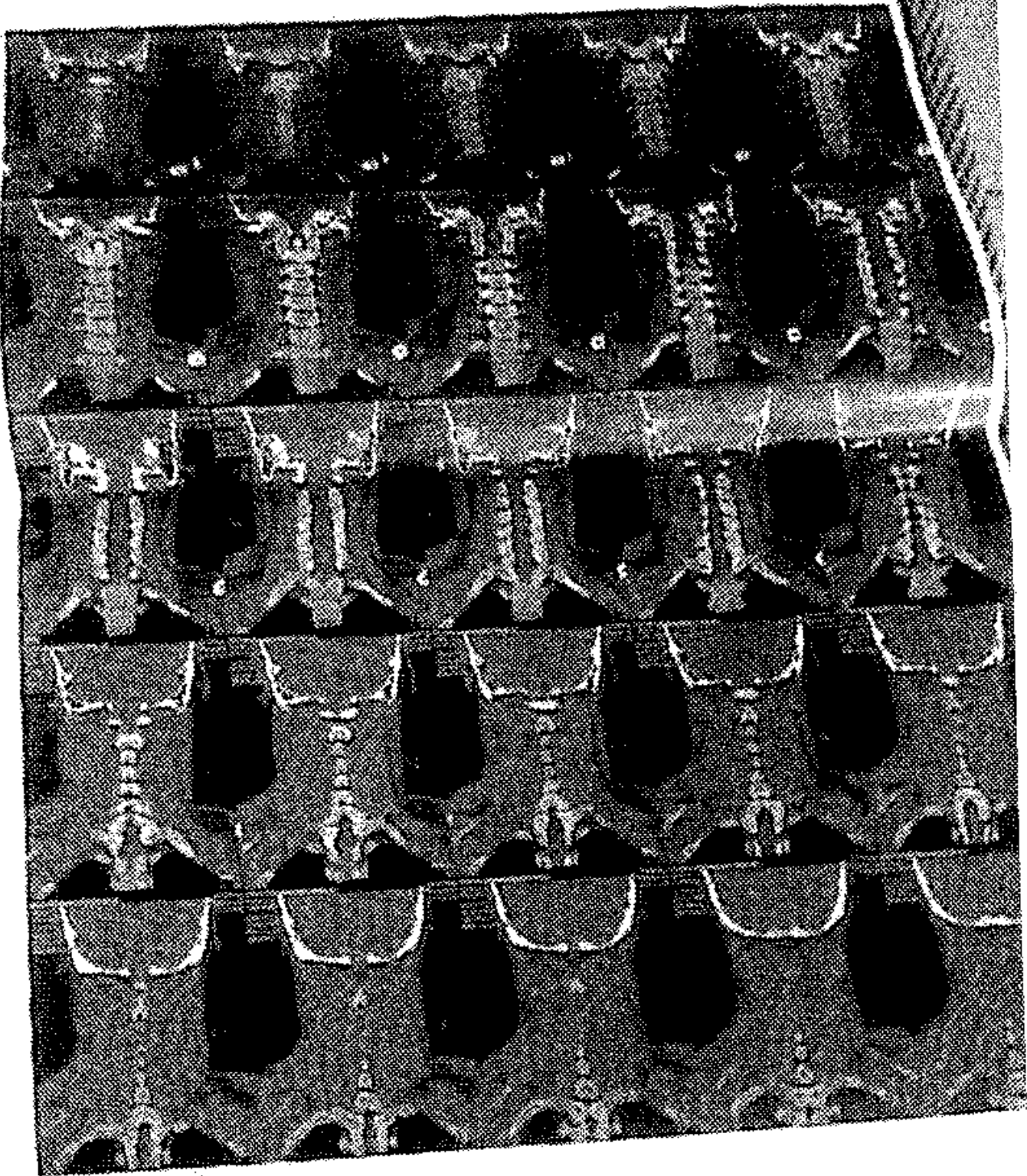
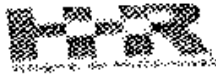
Digitizado com CamScanner





Digitizado com CamScanner

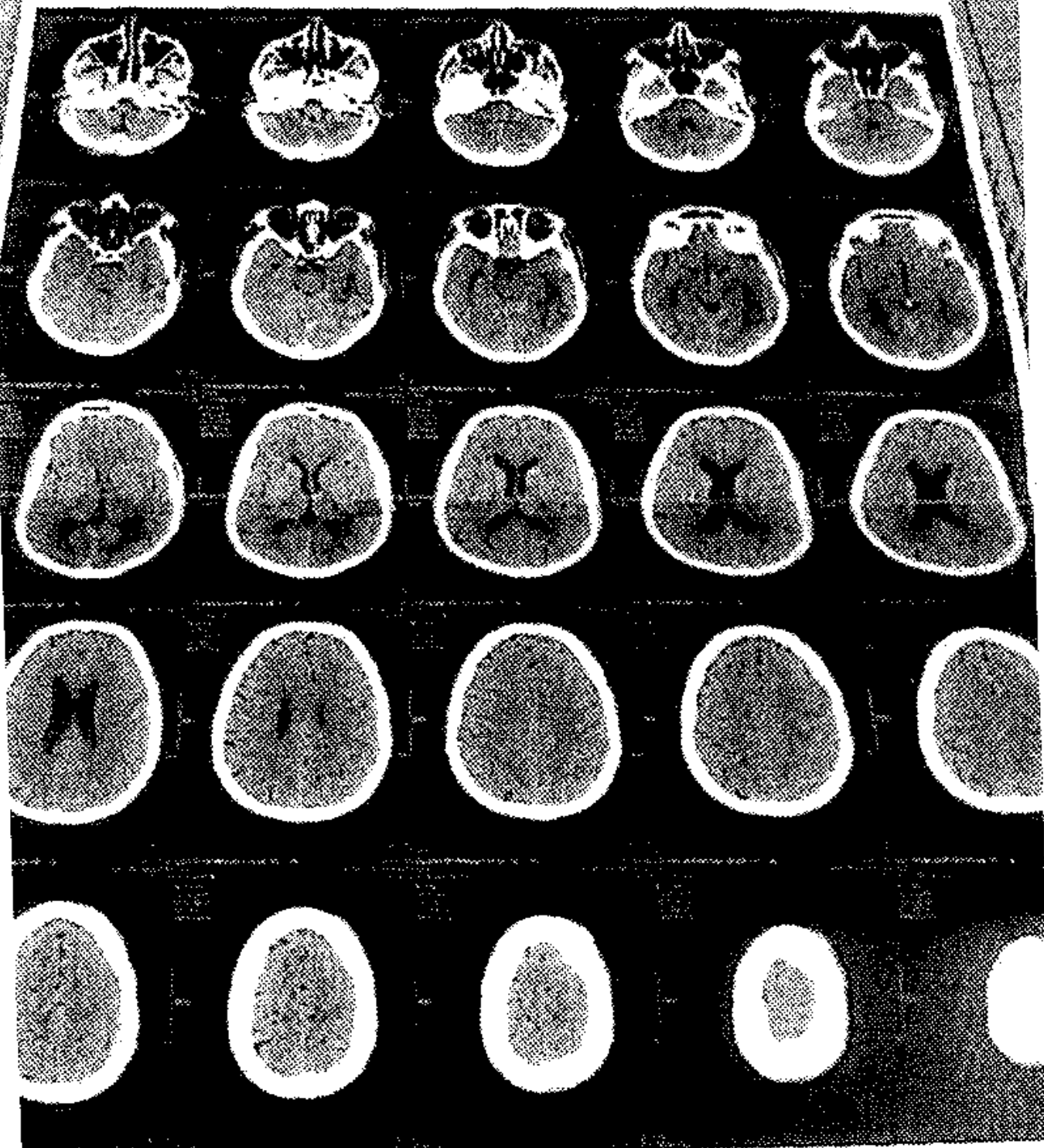




Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-3400

Digitizado com CamScanner



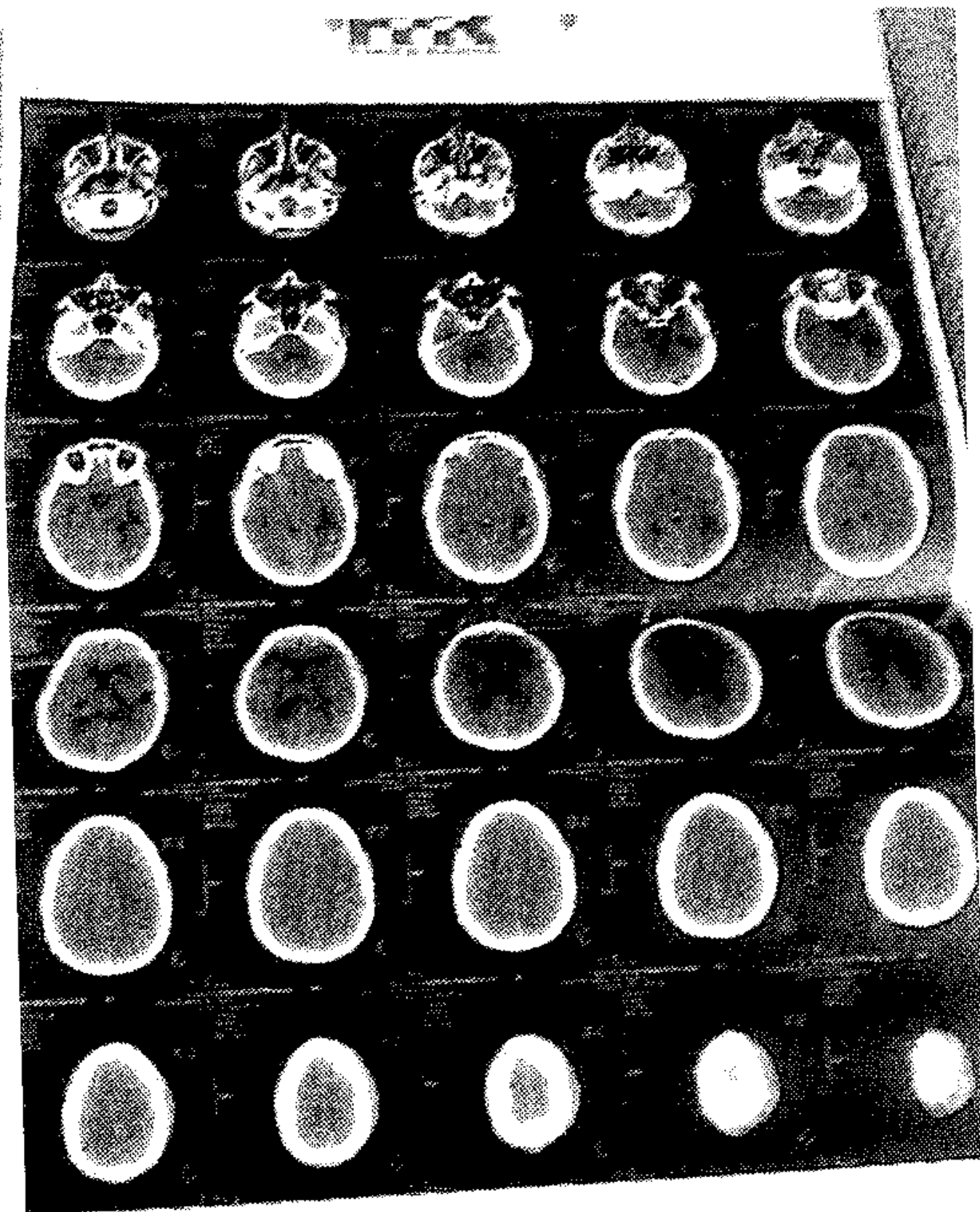


Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400

Digitizado com CamScanner



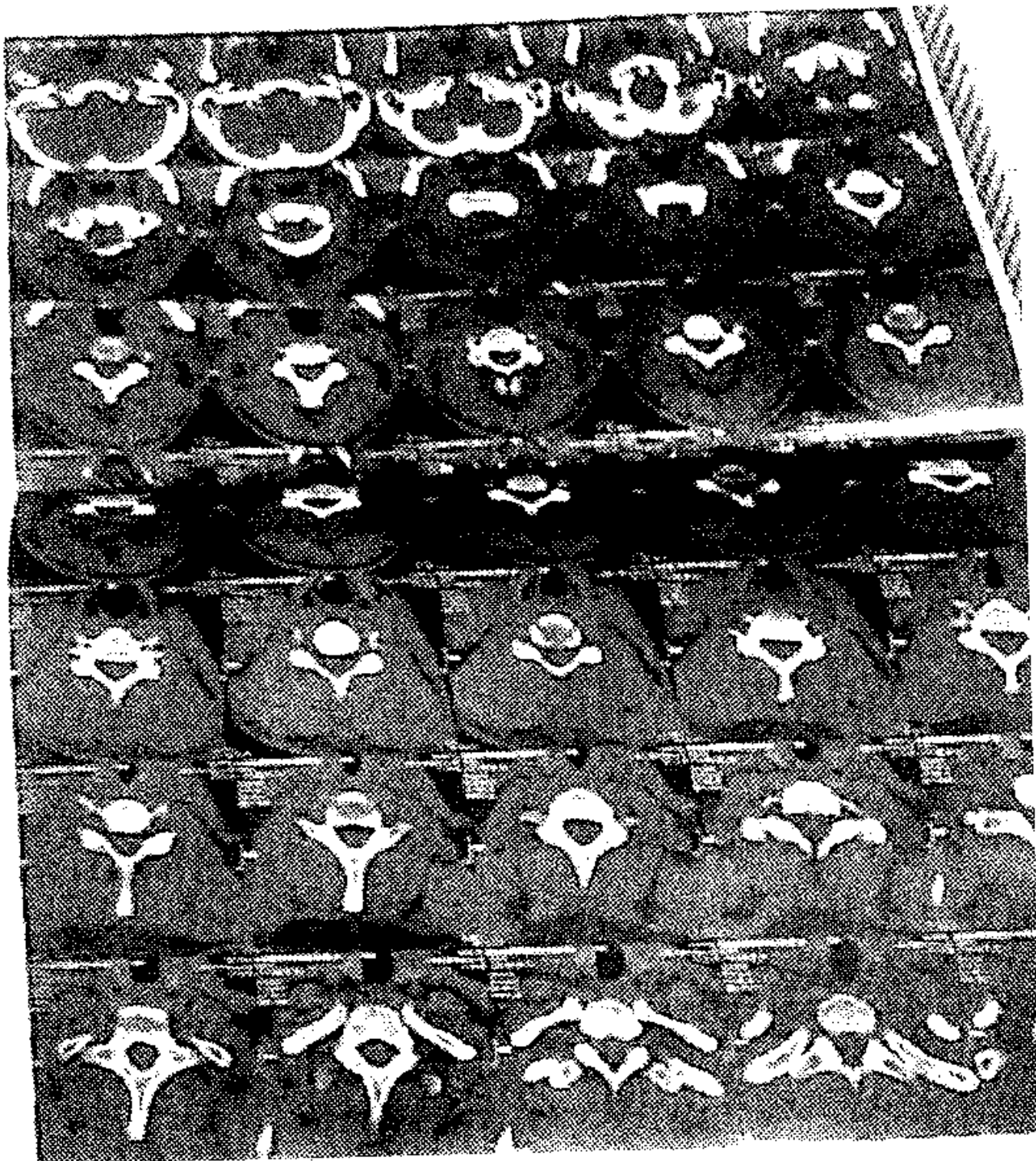
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/08/2020 10:37:53
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080710375330300000064723466>
Número do documento: 20080710375330300000064723466



Ex. Exame de Imagem, S3 - Dorcy - Recife - PE, CEP: 52013-040, Fone: (081) 3423-3423

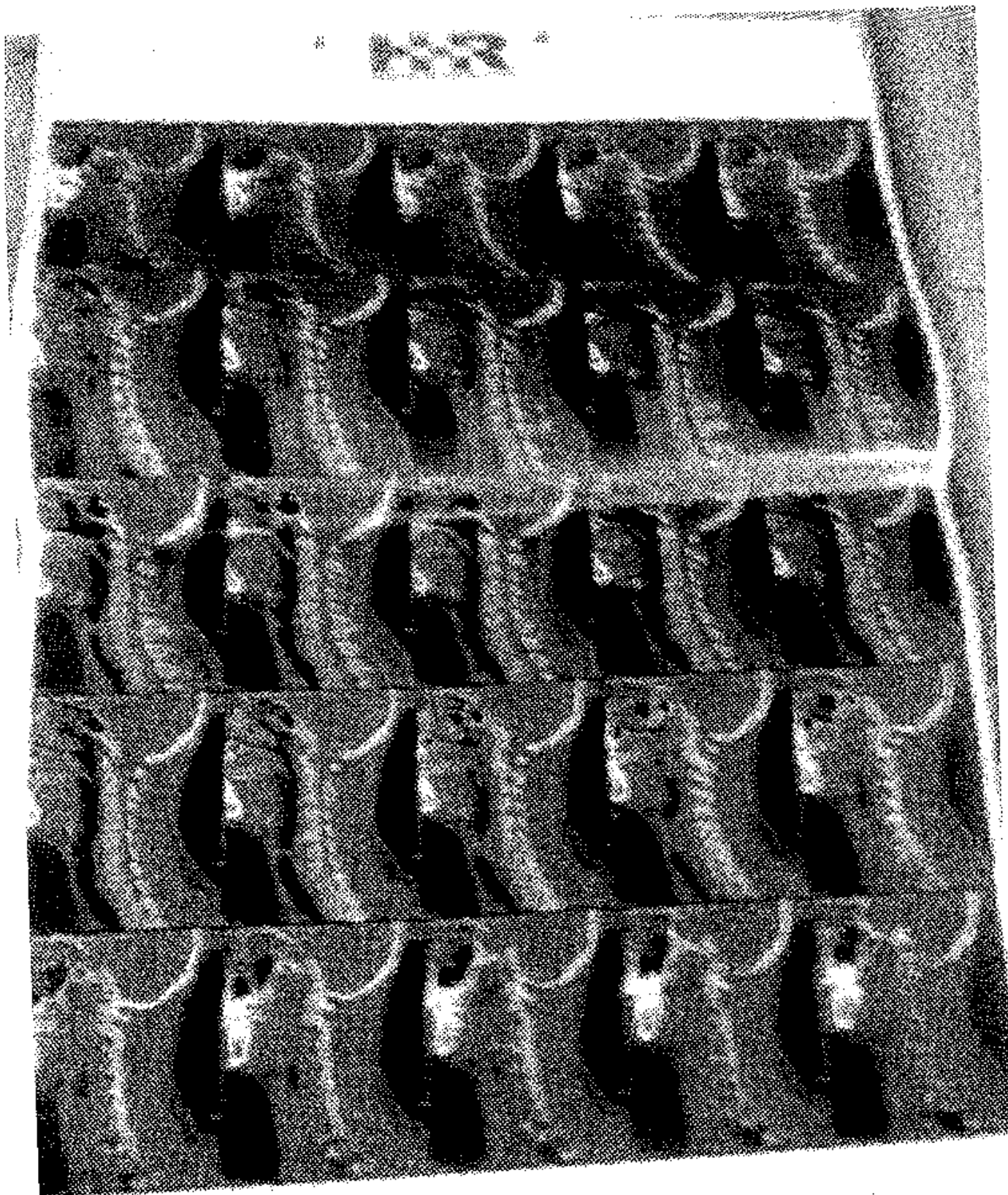
Digitizado com CamScanner





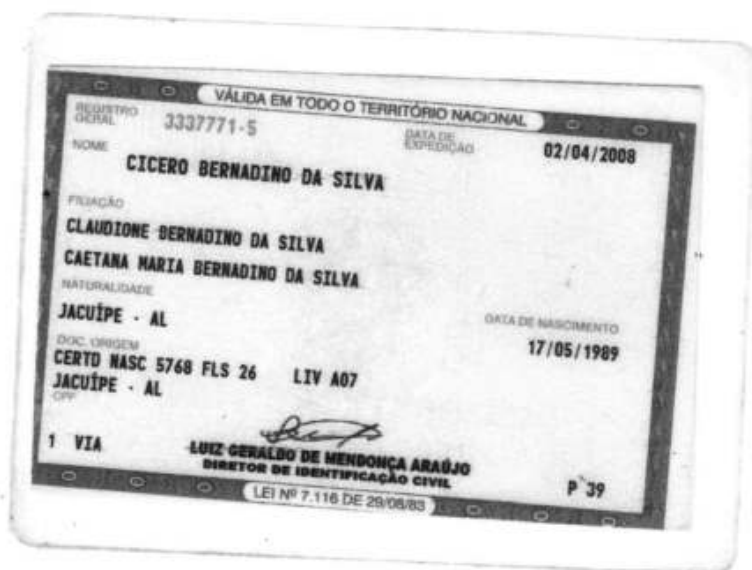
Digitizado com CamScanner





Digitizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF
945.236.444-04

DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA
ISMARTE FERRIRA DE MOURA

PERMISSÃO
RECONHECIMENTO

ACC
RECONHECIMENTO

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
02376605879

VALIDADE
06/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SURUBIM - PE

DATA EMISSÃO
10/04/2017

CH/Osley Anderson Sousa Ribeiro
Diretor - Pernambuco
ASSINATURA DO DIRETOR

PERNAMBUCO

53266785000
PRO78665272

1421884961
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014668113146
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 2 COD. RENAVAM: 1147179090 RNTTC: ***** EXERCÍCIO: 2019

NOME: IONARA NUNES DE BARROS

TAQ. DO NORTE-EE

CPF/CNPJ: 120.046.034-02 PLACA: PDJ2084

PLACA ANT./UF: ***** CHASSI: 9C2KD0510HR460549

ESPECIE TIPO: FAS MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB: 2017 ANO MOD: 2017

CAP/POT/CIL: 2P/162CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA UNICA: 1ª *****
2ª *****
3ª *****

FAXA I.R.V.A. PARCELAMENTO/COTAS: *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11 IOF (R\$): 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$): 84.56 DATA DE PAGAMENTO: 25/06/19

OBSERVAÇÕES: AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

Assinado por: Roberto Carlos Moreira Fontelles

TAQ. DO NORTE-EE DATA: 03/07/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

32 0000 6191

Data da solicitação:

12/03/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

CICERO BERNARDINO DA SILVA

CPF do beneficiário:

091.552.494
50

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (

81
DDD

) 99700-1998

Tel. Comercial: (

DDD

Tel. Residencial: (

DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO



DISCORDO DA NEGATIVA



DISCORDO DO VALOR RECEBIDO



DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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



NÃO



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



Novos documentos médicos



Laudo do IML



Boletim de Ocorrência



Notas fiscais complementares



Outros: CARTA

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/12/03/2020

Local e Data

Cícero Bernardino da Silva

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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



SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - (PE), 03 de MARÇO de 2020.

GENTE SEGURADORA

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DE PROCESSO

VÍTIMA: CICERO BERNARDINO DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3200/006191

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que o PROCESSO DE INVALIDEZ referente ao SINISTRO nº 3200/006191 seja REANALISADO, pois ESTOU ENCAMINHANDO LAUDO MÉDICO ONDE INFORMA MINHAS SEQUELAS QUE TIVE ALEM DAS SEQUELAS NEOROLÓGICAS QUE TIVE, DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que o processo referente ao sinistro nº 3200/006191 seja REANALISADO. PARA TAL FEITO ESTOU ENCAMINHADO A LAUDO MÉDICO, PARA QUE VOCÊS VEJAM A VERACIDADE DO QUE ESTOU FALANDO, E MARQUEM MINHA PERICIA PARA QUE EU VENHA A RECEBER O QUE MIM É DE DIREITO.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.


CICERO BERNARDINO DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094120/20

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF: 091.552.494-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

Titular do CPF: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

CICERO BERNADINO DA SILVA : 091.552.494-50

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: 16/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1545 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32 00/18754

Data da solicitação: 17/04/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Cicero Bernadino da Silva

CPF do beneficiário:

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99668-0454 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: e

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

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

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: DOC Médico complementar + carta.

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Local e Data

CICERO BERNADINO DA SILVA

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rgo)

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizados

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



SANTA CRUZ(PE), 17 DE ABRIL 2020.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: CICERO BERNARDINO DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3200118754

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.Sª, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 05/10/2019, onde sofri TCE GRAVE, FRATURA EXPOSTA EM MINHA PERNA ESQUERDA, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

P/

Adriana Mª Moura de A. Fernandes

CICERO BERNARDINO DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118754 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE GRAVE COM CONTUSÃO CEREBRAL E FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME: HEMIPARESIA A DIREITA, REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO, DISFASIA, DESORIENTAÇÃO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE GRAVE COM CONTUSÃO CEREBRAL E OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO DA FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM TORNOZELO ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM SNC

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E 10 % DO SNC, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR.
FEITO CORREÇÃO DA LATERALIDADE DA SEQUELA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA

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 intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			66,25 %	R\$ 8.943,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200118754 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA **Data do acidente:** 05/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO GRAVE COM CONTUSÃO PARIETAL ESQUERDA E FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE E FIXADOR EXTERNO NA PERNA ESQUERDA EVOLUIU COM HEMIPARESIA DIREITA E DISFASIA P-1-2-5-6-7 EM TRATAMENTO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL DO SNC

Documentos complementares:

Observações: &-X-&- APONTAMOS PEDIDO DE REANÁLISE DE 12/03/2020.VÍTIMA JÁ INDENIZADA NO VALR DE R\$ 3.712,50,POR APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DÉFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL DO SNC

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 de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			42,5 %	R\$ 5.737,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 091-552-494-50 3 - CPF da vítima: 091-552-494-50 4 - Nome completo da vítima: CICEIRO BERNADINO DA SILVA

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

5 - Nome completo: CICEIRO BERNADINO DA SILVA 6 - CPF: 091-552-494-50
7 - Profissão: COSTUREIRO 8 - Endereço: AV. JOSE ARAGAO NETO 9 - Número: 22 10 - Complemento:
11 - Bairro: SAO JOSE 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-232
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-91613907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0711 0 CONTA: 31537 0 AGÊNCIA: 0 0 CONTA: 0 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):
38 - 1ª Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SEE, 12/11/19 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): X CICEIRO BERNADINO DA SILVA
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
43 - Assinatura do Procurador (se houver):



Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Seroa Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-9269

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Cicero...
Bernadino da Silva Dou fe Santa Cruz do Capibaribe...
12/10/2019 11:36 - Total 4,91. Em Testemunho...
da verdade
Juliana Honorio de Souza - Escrevente
Selos: 0159467.MIP10201902.00407



Consulte a autenticidade em: www.tjn-pe.br/tabelionat



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: CICERO BERNADINO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG-333777-5 SDS/PE CPF: 091.552.494-50
DATA DO ACIDENTE: 05/10/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: CICERO PBERNADINO DA SILVA
ENDEREÇO: RUA MANOEL MARQUES DA SILVA ,Nº03, CENTRO,SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 12 DE NOVEMBRO DE 2019.



ASSINATURA DO OUTORGANTE

 TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Senezo Aragão, 12 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (081) 3731-9789

Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)CICERO BERNADINO DA SILVA Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe 12/11/2019, 12:38. - Total: 4,91 Em Testemunho: da verdade. Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrevente Selo(s): 0159467 CXA10201902 00446



Consulte e autentique em: www.tjpe.jus.br/portal/validar

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: CICERO BERNADINO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG-333777-5 SDS/PE CPF: 091.552.494-50
DATA DO ACIDENTE: 05/10/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: CICERO PBERNADINO DA SILVA
ENDEREÇO: RUA MANOEL MARQUES DA SILVA ,Nº03, CENTRO,SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 12 DE NOVEMBRO DE 2019.

Cicero Bernadino da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Seroa Aragão, 12 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (081) 3731-9789

Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)CICERO BERNADINO DA SILVA Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe 12/11/2019, 12:38. - Total: 4,91 Em Testemunho. da verdade. Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrevente Selo(s): 0159467.CXA10201902.00446



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094120/20

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF: 091.552.494-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

Titular do CPF: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

CICERO BERNADINO DA SILVA : 091.552.494-50

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: 16/03/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005606/20

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF: 091.552.494-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

Titular do CPF: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

CICERO BERNADINO DA SILVA : 091.552.494-50

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: 06/01/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0094120/20

Número do Sinistro: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

CPF: 091.552.494-50

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO BERNADINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3200118754

3 - CPF da vítima:

092.552.494-50

4 - Nome completo da vítima:

CICERO BERNADINO DA SILVA

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

5 - Nome completo:

CICERO BERNADINO DA SILVA

6 - CPF:

092.552.494-50

7 - Profissão:

CONSTRUTOR

8 - Endereço:

RUA JOSE ARAUJO NETO

9 - Número:

25

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SÃO JOSE

12 - Cidade:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55195-232

15 - E-mail:

16 - Data (DDMM):

01/01/2019

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.999,99

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$3.999,99

☐ ACIMA DE R\$4.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEIRIA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o encaminhamento do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para a apresentação de laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheira(s):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou residência (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, imediatamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando pronta, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 08/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO BERNADINO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00711-0

CONTA: 000000031537-0

Nr. da Autenticação D5CDFDF311CF2132



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: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.943,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO BERNADINO DA SILVA

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000006426350-9

Nr. da Autenticação 08BA7C1274E017AA





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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006191

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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

Carta nº 15336992

Pag. 00243/00244 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 11 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006191

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

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. 00873/00874 - carta_02 - INVALIDEZ

00020437



Carta nº 15350094





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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006191

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00051/00052 - carta_07 - INVALIDEZ

00080026



Carta nº 15397175





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, 30 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

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 GENTE SEGURADORA S/A, 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.

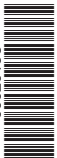
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00275/00276 - carta_25 - INVALIDEZ

00020138





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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

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 GENTE SEGURADORA S/A, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01557/01558 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **CICERO BERNADINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.712,50**

Banco: **001**

Agência: **000000711-0**

Conta: **0000031537-0**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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





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 Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

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. 01023/01024 - carta_02 - INVALIDEZ

00030512



Carta nº 15734019





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, 01 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

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 GENTE SEGURADORA S/A, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00039/00040 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200118754

Vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

Data do Acidente: 05/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO BERNADINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 8.943,75

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 = R\$ 10.125,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

Recebedor: CICERO BERNADINO DA SILVA

Valor: R\$ 8.943,75

Banco: 655

Agência: 000000655

Conta: 000006426350-9

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 32.00418754 3 - CPF da vítima: 091.552.494-50 4 - Nome completo da vítima: CICERO BERNARDINO DA SILVA

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

5 - Nome completo: CICERO BERNARDINO DA SILVA 6 - CPF: 091.552.494-50

7 - Profissão: COSTUREIRO 8 - Endereço: RUA JOSÉ ARAGÃO NETO 9 - Número: CASA

11 - Bairro: SÃO JOSÉ 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.195-232

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 9161-3907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0655 CONTA: 64263509

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 -

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 28 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 091-552-494-50 3 - CPF da vítima: 091-552-494-50 4 - Nome completo da vítima: CICEIRO BERNADINO DA SILVA

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

5 - Nome completo: CICEIRO BERNADINO DA SILVA 6 - CPF: 091-552-494-50
7 - Profissão: COSTUREIRO 8 - Endereço: AV. JOSE ARAGAO NETO
9 - Número: 22 10 - Complemento:
11 - Bairro: SAO JOSE 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-232
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-91613907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0711 0 CONTA: 31537 0

AGÊNCIA: 0 0 CONTA: 0 0

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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Seroa Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-9269

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Cicero...
Bernadino da Silva Dou fe Santa Cruz do Capibaribe...
12/10/2019 11:36 - Total 4,91. Em Testemunho...
da verdade
Juliana Honorio de Souza - Escrevente
Selos: 0159467.MIP10201902.00407



Consulte a autenticidade em: www.tjn-pe.br/tabelionat



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 091-552-494-50 3 - CPF da vítima: 091-552-494-50 4 - Nome completo da vítima: CICEIRO BERNADINO DA SILVA

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

5 - Nome completo: CICEIRO BERNADINO DA SILVA 6 - CPF: 091-552-494-50
7 - Profissão: COSTUREIRO 8 - Endereço: AV. JOSE ARAGAO NETO
9 - Número: 22 10 - Complemento:
11 - Bairro: SAO JOSE 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-232
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-91613907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 011 0 CONTA: 31537 0 AGÊNCIA: 0 0 CONTA: 0 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Seroa Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-9269

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Cícero...
Bernardino da Silva Dou fe Santa Cruz do Capibaribe...
12/10/2019 11:36 - Total 4,91. Em Testemunho...
da verdade
Juliana Honorio de Souza - Escrevente
Selos: 0159467.MIP10201902.00407



Consulte a autenticidade em: www.tjn.jus.br/tecnologias





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218003887**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/10/2019** às
11:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **5/10/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **PE 188 - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE, 01 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / PRÓXIMO À PALESTINA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
IONARA NUNES DE BARROS (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA (NOTICIANTE)
CICERO BERNARDINO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **IONARA NUNES DE BARROS**

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

CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **CAETANA BERNARDINO DA SILVA** Pai: **CAETANA MARIA BERNARDINO
DA SILVA** Data de Nascimento: **27/12/1998** Naturalidade: **JACUIPE / ALAGOAS /
BRASIL** Documentos: **10834891433 (CPF)** Profissão: **OPERADOR** Telefones Celulares:
- 81991192672

Residencial: **RUA MARIO SEVERINO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 183 - CEP: 55000-000**
- Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 01 - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CICERO BERNARDINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 01 - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BOEPr..

· **IONARA NUNES DE BARROS (não presente ao plantão) - Sexo:**
Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01 - CEP: 0 - Bairro:**
CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IONARA NUNES DE BARROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 100 BROS ESDD** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDJ2084 (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)** Chassi: **9C2KD0810HR460549**

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

→ Descrição: **EM POSSE DE CICERO BERNARDINO DA SILVA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA. RENAVAM: 1147179090**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE COMPARECE A ESTA DATA PARA RELATAR QUE SEU IRMÃO (CICERO BERNARDINO DA SILVA) SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO NA REFERIDA DATA. AO SER INDAGADO ACERCA DA DINÂMICA DO ACIDENTE, O NOTICIANTE RELATOU QUE NÃO SABE COMO TUDO OCORREU E QUE AO CHEGAR AO LOCAL DO FATO A VITIMA JA HAVIA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDENCIAS LEGAIS.

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

Claudemir Bernardino da Silva

CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARCIA NUNES DE MEGALHÃES FERREIRA** - Matrícula:
320124-4





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218003887**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/10/2019** às
11:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **5/10/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **PE 188 - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE, 01 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / PRÓXIMO À PALESTINA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
IONARA NUNES DE BARROS (AUTOR \ AGENTE)
CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA (NOTICIANTE)
CICERO BERNARDINO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **IONARA NUNES DE BARROS**

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

CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **CAETANA BERNARDINO DA SILVA** Pai: **CAETANA MARIA BERNARDINO
DA SILVA** Data de Nascimento: **27/12/1998** Naturalidade: **JACUIPE / ALAGOAS /
BRASIL** Documentos: **10834891433 (CPF)** Profissão: **OPERADOR** Telefones Celulares:
- 81991192672

Residencial: **RUA MARIO SEVERINO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 183 - CEP: 55000-000**
- Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 01 - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CICERO BERNARDINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 01 - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BOEPr..

· **IONARA NUNES DE BARROS (não presente ao plantão) - Sexo:**
Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 01 - CEP: 0 - Bairro:**
CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IONARA NUNES DE BARROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 100 BROS ESDD** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDJ2024 (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)** Chassi: **9C2KD0810HR460549**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

→ Descrição: **EM POSSE DE CICERO BERNARDINO DA SILVA NO MOMENTO DA OCORRÊNCIA. RENAVAM: 1147179090**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE COMPARECE A ESTA DATA PARA RELATAR QUE SEU IRMÃO (CICERO BERNARDINO DA SILVA) SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO NA REFERIDA DATA. AO SER INDAGADO ACERCA DA DINÂMICA DO ACIDENTE, O NOTICIANTE RELATOU QUE NÃO SABE COMO TUDO OCORREU E QUE AO CHEGAR AO LOCAL DO FATO A VITIMA JA HAVIA SIDO SOCORRIDA PELO SAMU. DIANTE DO EXPOSTO O FATO FOI REGISTRADO NESTA UNIDADE POLICIAL PARA PROVIDENCIAS LEGAIS.

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

Claudemir Bernardino da Silva

CLAUDEMIR BERNARDINO DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARCIA NUNES DE MEGALHÃES FERREIRA** - Matrícula:
320124-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 091-552-494-50 3 - CPF da vítima: 091-552-494-50 4 - Nome completo da vítima: CICEIRO BERNADINO DA SILVA

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

5 - Nome completo: CICEIRO BERNADINO DA SILVA 6 - CPF: 091-552-494-50
7 - Profissão: COSTUREIRO 8 - Endereço: RUA JOSE ARAGAO NETO 9 - Número: 22 10 - Complemento:
11 - Bairro: SAO JOSE 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-232
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-91613907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0711 0 CONTA: 31537 0 AGÊNCIA: 0 0 CONTA: 0 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Seroa Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-9269

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Cícero Bernadino da Silva Dou fe Santa Cruz do Capibaribe
12/08/2019 11:36 - Total 4,91. Em Testemunho
da verdade
Juliana Honorio de Souza - Escrevente
Selos: 0159467.MIP10201902.00407



Consulte a autenticidade em: www.tjn-pe.br/tabeliojornal



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 091-552-494-50 3 - CPF da vítima: 091-552-494-50 4 - Nome completo da vítima: CICERO BERNADINO DA SILVA

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

5 - Nome completo: CICERO BERNADINO DA SILVA 6 - CPF: 091-552-494-50
7 - Profissão: COSTUREIRO 8 - Endereço: AV. JOSE ARAGAO NETO 9 - Número: 22 10 - Complemento:
11 - Bairro: SAO JOSE 12 - Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-232
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-91613907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 011 0 CONTA: 31537 0 AGÊNCIA: 0 0 CONTA: 0 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Tabelfilho: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Seroz Aragão, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3731-9269

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) Cicero...
Bernadino da Silva Dou fe Santa Cruz do Capibaribe...
12/10/2019 11:36 - Total 4,91. Em Testemunho...
da verdade
Juliana Honorio de Souza - Escrevente
Selos: 0159467.MIP10201902.00407



Consulte a autenticidade em: www.tjn-pe.br/tabelionatos

