



Número: **0000951-26.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **22/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS (AUTOR)</b>	<b>ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66732 853	21/08/2020 13:37	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



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

---

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200136695**      **Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

**Data do Acidente: 26/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15673452

Pag. 00963/00964 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020482



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008211337250200000065466453>  
Número do documento: 2008211337250200000065466453

Num. 66732853 - Pág. 1

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

---

**Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200136695**      **Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

**Data do Acidente: 26/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000000914**

**Conta: 0000058792-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Rio de Janeiro, 06 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200136695**      **Vítima: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

**Data do Acidente: 26/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000000914**

**Conta: 0000058792-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 01937/01938 - carta\_30 - INVALIDEZ



00020969

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seu nome <b>LIDER</b> Seguradora		<b>PEDIDO DO SEGURO DPVAT</b>					
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE							
2 - N° do anexo ou ASL:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima: <b>04.360.534-80 ADALSON MANOEL DE MEDEIROS</b>			
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012</b>							
5 - Nome completo: <b>ADALSON MANOEL DE MEDEIROS</b>		6 - CPF: <b>04.360.534-80</b>		7 - Profissão: <b>AT. profissão: RUA - 0170 nº 630</b>			
11 - Bairro: <b>COM. JESUS</b>		12 - Cidade: <b>SENNA TRINDADA - PE</b>		13 - Estado: <b>PE</b>		14 - CEP: <b>54.906-120</b>	
15 - E-mail:		16 - Telef/ODD:					
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENDR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b>							
17 - Nome completo do Representante Legal:							
18 - CPF do Representante Legal:				19 - Profissão do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).							
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:							
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$ 1.000 A R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00			
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA CONTA DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO MENDR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR							
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLPANÇA (volumento para em bancos obsoletos, veja na sua agência)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (tudos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)				Nome do BANCO: _____			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				AGENCIA: _____ CONTA: _____			
AGENCIA: <b>014</b> CONTA: <b>54240</b>		AGENCIA: <b>014</b> CONTA: <b>54240</b>		Informar o diário se existir:		Informar o diário se existir:	
Informar o diário se existir:		Informar o diário se existir:		Informar o diário se existir:		Informar o diário se existir:	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária a在我 madr, da minha titularidade, o valor da indenização/retificação do Seguro DPVAT a que eu, juntamente com o beneficiário, deverei já e sempre após a efetivação do crédito, quaisquer ônus de valor recebido.							
<b>22 - DECLARAÇÃO DE ALUSÃO DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>							
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, por asce de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de recolhimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), para os seguintes motivos:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>							
Sol cito q o corssaguamento da aílise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ás custas da Seguradora Lider para verificação de my resiliencia e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veiculo automotivo, conforme o disposto na Lei 6.194/74.							
Declaro q o voto é voluntário, livre, e que a concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso o cliente da aílise concordar.							
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>							
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/união <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Separado/união <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Irmão de vítima							
25 - Grau de parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou compenheir(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou compenheir(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		30 - Vítima deixou testamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
34 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)		36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)			
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)		38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____		39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____			
40 - Local e Data: <b>SENNA TRINDADA - PE 06/07/2020</b>		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <b>Adalson Manoel de Medeiros</b>		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): <b>Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior</b>			
43 - Assinatura do Procurador (se houver):		44 - Assinatura do Testemunha:					

PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DE/177ºCIRC  
DINTER/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2020267000663

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/02/2020 às 09:13

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Causa(s) (Consumo de) que aconteceu no dia 26/12/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, RR 250; KM 243 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO QUARTEL DOS BOMBEIROS MILITARES  
Local do Fato: ROTONDA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (Autor/Aente)  
ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS (Vítima)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Outros motivos) , que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO  
VEÍCULO (Outros motivos) , que estava em posse do(s) Sr(a): ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

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

ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS (presente no plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA DE FÁTIMA  
MEDEIROS Pai: MANOEL RAIMUNDO DE MEDEIROS Data de Nascimento: 01/1989 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 88403801300/PE (RG), 08826062480 (CPF), 65619837181 (CNN) Endereço: CIVIL: CASA/003(A) Escritório: 2º. GRAU COMPLETO Professor: OUTRAS PROFISSÕES Telefones Celulares: - 87988056699

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 630, RUA OTTO, BOM JESUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) , que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/FIAT/SIEBEL Objeto apreendido: N/A  
Cor: VERDE - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) , que estava em posse do(s) Sr(a): ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS  
Categoria/Marca/Modelo: BICICLETA/MONOCICLETA/CB 125 EXAN KS Objeto apreendido: N/A  
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)



Placa: PE03541 (PERNAMBUCO-SERRA TALHADA) Renavam: 2502400002 Chassi: 9C2JG4112CR401322  
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012  
Descrição: 0M NOME DE JOÃO BATISTA DE SOUZA

Complemento / Observação

O SRº ADAILTON MANOEL DE MEDEIROS COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGUNDO RELATOS DO MESMO QUE PILOTAVA A MOTOQUELETA RETROMENCIONADA E ESTAVA SOZINHO E NA BR 232 NAS PROXIMIDADES DO QUARTEL DO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES UM DESCONHECIDO EM UM AUTOMÓVEL SIENA AO REALIZAR UMA MANOBRAS DE CONVERSÃO EM UM LOCAL PROPRIO ACABOU COLIDIU COM A MOTO PILOTA DA PELO ADAILSON QUE ESTAVA TRANSITANDO NA BR. ASSIM O ADAILSON FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITARES COMO CONSTA CÓPIA DE CERTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA N° 018/2020-3º GG-DOS PARA O HOSPITAL PROFESSOR AGAMEMNON MAGALHÃES COMO CONSTA TAMBÉM BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA DE N° 103 DAQUELE HOSPITAL, E O DESCONHECIDO QUE CONDUZIA O VEÍCULO SIENA CRIMSON DO ACIDENTE EVACUOU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, SEM MAIS ENCONTRAR O PRESENTE BO.

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

*Adailton manuel eli medeiros*

ADAILTON MANOEL DE MEDEIROS  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Wagner Alves de Almeida* - Matrícula: 320336-0





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seu nome <b>LIDER</b> Seguradora		<b>PEDIDO DO SEGURO DPVAT</b>					
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE							
2 - NP do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima: <b>ADALSON MANOEL DE MEDEIROS</b>			
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012</b>							
5 - Nome completo: <b>ADALSON MANOEL DE MEDEIROS</b>		6 - CPF: <b>101.260.534-80</b>		7 - Profissão: <b>AT. profissão</b>			
11 - Bairro: <b>DOM JESUS</b>		12 - Cidade: <b>SENNA TRAIADA - PE</b>		13 - Estado: <b>PE</b>		8 - Número: <b>630</b>	
15 - E-mail:		9 - Endereço: <b>RUA - 0170 - 630</b>		10 - Complemento: <b>CASA</b>		14 - CEP: <b>54.906-120</b>	
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENDR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b>							
17 - Nome completo do Representante Legal:							
18 - CPF do Representante Legal:				19 - Profissão do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).							
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:							
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$ 1.000 A R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00			
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA CONTA DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> RECLAMANTE DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> PESSOAS CURADAS DA VÍTIMA							
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLPANÇA (volumento para em bancos obsoletos, veja na sua agência)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (tudos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				Nome do BANCO: _____			
AGENCIA: <b>914</b>		CONTA: <b>512240</b>		AGENCIA: <b>13</b>		CONTA: <b>512240</b>	
Informar o dígitos se existir		Informar o dígitos se existir		Informar o dígitos se existir		Informar o dígitos se existir	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária a quantia devidável, da minha titularidade, o valor da indenização/retificação do Seguro DPVAT a que eu, ou meu representante, tenha direito, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quando total ou parcialmente recebido.							
<b>22 - DECLARAÇÃO DE ALUSÃO DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>							
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, por asce de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de recolhimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), para os seguintes motivos:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>							
Sol cito o crossamento 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, ao custo da Seguradora Lider para verificação de my residência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automóvel, conforme o disposto na Lei 6.194/74.							
Declaro que o estatuto da lesão - B, significa: não concordância com a futura evolução médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso o resultado seja contrário.							
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>							
<input type="checkbox"/> Vítima falecida <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/União Livre <input type="checkbox"/> Vídeo de Vítima							
25 - Grau de parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou compenheir(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou compenheir(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos: Vivos: <b>Falecidos:</b>		30 - Vítima deixou herdeiros: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos: Vivos: <b>Falecidos:</b>		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		34 - Nome: _____ CPF: _____			
Estou ciente que a Seguradora Lider não é responsável, direta ou indiretamente, pelo pagamento do Seguro DPVAT por morte, é que os beneficiários que se apresentarem em sua agência com esta condição, estendendo-se, ainda, de que quer querem não declararão, não verificarem ou recusarem a obrigação de resarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração ao artigo 259 do Código Penal.							
<b>35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)</b>							
<b>36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)</b>							
<b>37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)</b>							
<b>38 - 1º   Nome: _____          CPF: _____</b>							
<b>39 - 2º   Nome: _____          CPF: _____</b>							
<b>40 - Local e Data: <b>SENNA TRAIADA - PE - 06/07/2020</b></b>							
<b>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <b>Adalson Manoel de Medeiros</b></b>							
<b>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</b>							
<b>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</b>							

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



# 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: 09/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000058792-4

---

Nr. da Autenticação 9866FAF21C5BDB55



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008211337250200000065466453>  
Número do documento: 2008211337250200000065466453

Num. 66732853 - Pág. 8

# 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: 28/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000058792-4

---

Nr. da Autenticação FDABD696CD9DFBA2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082113372502000000065466453>  
Número do documento: 20082113372502000000065466453

Num. 66732853 - Pág. 9







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 413/12

Para mais informações, acesse o site [www.seguranciasefida.com.br](http://www.seguranciasefida.com.br) ou entre em contato através de um dos canais abaixo:

Central de Atendimento (para questões sobre incidentes e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h):

Central de Atendimento Metropolitano: 4020-3500 / Outros números: 0300 022 12 34

SAC (para reclamações e sugestões): 0300 022 91 66 | SAC (para questões sobre o seguro): 0300 022 92 54 | Central Jurídica: 0300 022 90 56

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento dessa formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistros, conforme estabelecido na Circular número 445/12, disponível na internet eletrônica:

<http://WWW2.SUSEP.GOV.BR/BIEUDTECAWEB/DOCCE/ETALAS.PHP?ID=445/12-2009>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de pessoas envolvidas na pagamento de indenizações. Este cadastro deve obstar, além dos requisitos de identificação pessoal, informações sobre de profissão e de fato, caixa social (mesma), além de respectivas documentações de proteção.

A recusa em fornecer as informações da profissão e fato, tanto formulário, não impede o pagamento da indenização. O seguro (DAVAT), contudo, por determinação de referida Circular, não pode ser pautado o cumprimento do COAF.

1. SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PÚBLICOS - SUSEP, é o órgão responsável pelo controle e fiscalização dos seguros de seguro, previdência, assistência, capitalização e assistência, Conselho de Contabilidade Financeira - CCFA, órgão interventor da estruturação do Ministério da Fazenda, tem por finalidade fiscalizar a aplicação das normas administrativas, receber, examinar e fiscalizar as obrigações e responsabilidades previstas na Lei nº 473.011/98.

Para efeitos, sou GEORGE CARLOS MELLO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.425.344-129, na qualidade de representante (a) / beneficiário (a) de beneficiário

ADALSON MANOEL DE MELO (inscrito (a) no CPF/CNPJ no 018.265.871-80,

do bairro de DAVAT bairro DAVAT, da Vila DAVAT (a) (a)

Inscrito (a) no CPF sob o nº 328.765.574-120, conforme determinado na Circular número 443/2011.

Documento Probatório: REPROVADO Pendente: REPROVADO, e a restante os documentos comprobatórios

Recuso Informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei, a parcial da prova de resistência junto à Seguradora Unimed-DAVAT, respeito ao endereço eletrônico, endereçando a cópia do comunicado de lavagem de dinheiro informado, através da qual a falsidade da prova de banimento implicará na aplicação penal prevista na lei, caso de falsa negação:

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Tomé de Souza</u>	<u>578</u>	<u>ESPAÇA</u>
<u>São Cristóvão</u>	<u>PT</u>	<u>CEP</u>
<u>georgecarlos@outlook.com</u>	<u>56.902-329</u>	<u>TEL/fone</u>
	<u>27.99998-1472</u>	

Local e Data: SERRA DA TAHIDA - PE - 26/03/2020

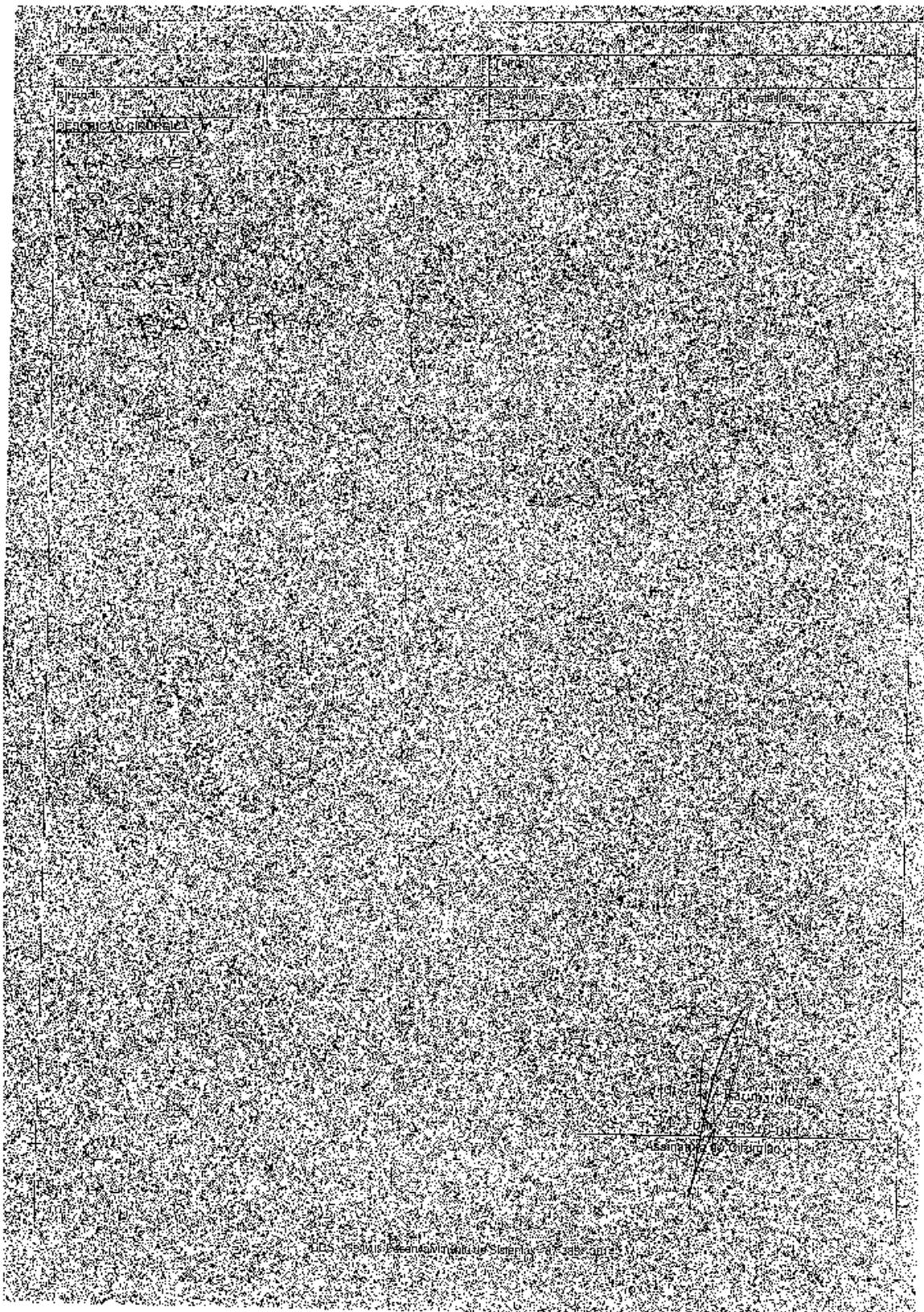
George Carlos Mello Lima  
Assinatura do declarante

DATA: 001/2007









Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082113372502000000065466453>  
Número do documento: 20082113372502000000065466453

Num. 66732853 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082113372502000000065466453>  
Número do documento: 20082113372502000000065466453

Num. 66732853 - Pág. 17

07/02/2020

SEI/GOVPE - 6207070 - CBMPE - Certidão de Ocorrência



Estado de Pernambuco

Secretaria da Defesa Social

Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco

CBMPE - 3ºGB - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 453, - Bairro Cachoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA/PE, 06 de fevereiro de 2020.

**CRISTIANO CORRÊA**  
Ten Cel 3M - Cint do 3º GB

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 018 / 2020 - 3ºGB - DOP**

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **GEORGE CARLOS MELO LIMA (PROCURADOR)**, RG 5800550 SSP/PE, CPF 908.475.324-29, residente à Rua Antônio Tomé de Souza, 573, São Cristóvão, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitiisse a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura AR 656 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 17:40h de dia 25 de dezembro de 2019, comandada pelo CB Q3MG 1/710256-9 **HÉLICA FERNANDES DE SOUZA**, para uma ocorrência de APH (QUEDA DE MOTOCICLETA), nº B [1339262], sendo vitimado o Sr. **ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS**, RG 8840380 SDS/PE, CPF 063.260.534-80, o qual conduzia a motocicleta, marca/modelo, **HONDA/CG 125 PAN KS**, placa **MEQ-6541**, vermelha, no momento em que veio a cair. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. O acidente ocorreu na BR 232, Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: escoriações e ferimentos no tórax e fratura fechada no membro superior esquerdo. O mesmo foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados da Enfa. **AYANE QUEIROZ**, COREN 319245, prontuário 103.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pelo SD Q3MG 1/718149-3 **JOSÉ HUMBERTO PEREIRA** e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e certificado pelo Comandante de Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000063-000303/2020-30

	Documento assinado eletronicamente por <b>Cristiano Corrêa</b> , em 06/02/2020, às 13:49, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 22 de outubro de 2017.
	Documento assinado eletronicamente por <b>Wamberg Rodrigues dos Santos</b> , em 01/02/2020, às 09:07, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 22 de outubro de 2017.
	Documento assinado eletronicamente por <b>José Humberto Pereira</b> , em 07/02/2020, às 00:07, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 22 de outubro de 2017.
	A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <a href="https://sei.pj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_imprimir_web&amp;acao_origem=divulgar_documento&amp;id_documento=6207070&amp;ultimo_sistema...">https://sei.pj.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&amp;acao_origem=divulgar_documento&amp;id_documento=6207070&amp;ultimo_sistema...</a> 1/2

[https://sei.pj.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=divulgar\\_documento&id\\_documento=6207070&ultimo\\_sistema...](https://sei.pj.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=divulgar_documento&id_documento=6207070&ultimo_sistema...) 1/2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082113372502000000065466453>  
Número do documento: 20082113372502000000065466453

Num. 66732853 - Pág. 18

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200136695      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS      **Data do acidente:** 26/12/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 1.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200136695      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS      **Data do acidente:** 26/12/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 1.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ P 1.

PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA QUANTIFICAÇÃO DE GRAU MODERADO, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁG. 1.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200136695      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS      **Data do acidente:** 26/12/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.  
P 1.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** P 1.

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
				Total
			0 %	R\$ 0,00



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORANTE:

Nome: Estevam Manoel de Melo, brasiliense(s), estado civil: Casado,  
Profissão: Advogado, portador(a) do RG 3.240.280, órgão expedidor SIN,  
e do CPF 032.574.800 residente no(a) RUA - 0170 - n.º 630,  
7630, bairro: Bom Jesus, município: Brasília, Distrito Federal

### OUTORADO:

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA, brasiliense(s), estado civil: CASADO,  
Profissão: PROCURADOR, portador(a) do RG 5840.820, órgão expedidor SSP/DF,  
e do CPF 008.725.324-29 residente no(a) ANTÔNIO FERREIRA,  
nº 593, bairro: SÃO CRISTÓVÃO, município: SERRA TALHADA, PE

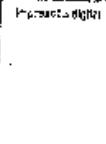
**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomei a constigo meu bastante procurador e outorgado, sendo qualificado, a quem bonfio pedires expedias para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DBS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado de entrada em meu poder o Indenização do seguro DPVAT e poderá para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a sede seguradora, poderá para tanto requerer o que necessária vir, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido de Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todas as ações de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandado, da vítima AGILSON MANOEL DE MELO JUNIOR, CPF 240.571.141-00, data do acidente 06/07/2019, Cobertura: INVALIDEZ.

Local e data: SERRA TALHADA - PE 29/07/2020

Assinatura do outorgante

(Reconhecer: firma por autenticidade)

Assinatura digital



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE  
REGINALDO ANÍSIO DA SILVA  
SERRA TALHADA

Reconheço que a firma por autenticidade de AGILSON MANOEL  
DE MELO JUNIOR, Denominação: GEORGE CARLOS MELO LIMA, RG: 5840.820,  
CPF: 008.725.324-29, Nasc.: 06/07/1981, End.: ANTÔNIO FERREIRA, nº: 593,  
Bairro: SÃO CRISTÓVÃO, Município: SERRA TALHADA, PE, é de minha autoria.  
Data: 06/07/2020 Número: 008211337250200000065466453



### DADOS DE QUIEM ASSINA A PROCURAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_, brasiliense(s), estado civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_, portador(a) do RG: \_\_\_\_\_, órgão expedidor: \_\_\_\_\_  
e do CPF: \_\_\_\_\_, residente no(a): \_\_\_\_\_  
nº: \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, município: \_\_\_\_\_

Nome: _____ CPF: _____	Assinatura de quem assina a Procuração
---------------------------	--

TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura
TESTEMUNHAS 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura
Assinatura	Assinatura



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106793/20

**Vítima:** ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

**CPF:** 088.260.534-80

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/12/2019

**Titular do CPF:** ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

#### ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS : 088.260.534-80

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](http://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: 01/04/2020  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2020  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082113372502000000065466453>  
Número do documento: 20082113372502000000065466453

Num. 66732853 - Pág. 23

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0106793/20

**Número do Sinistro:** 3200136695

**Vítima:** ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

**CPF:** 088.260.534-80

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/12/2019

**Titular do CPF:** ADAILSON MANOEL DE MEDEIROS

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### 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](http://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: 16/04/2020  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 13:37:25  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082113372502000000065466453>  
Número do documento: 20082113372502000000065466453

Num. 66732853 - Pág. 24