



Número: **0019091-44.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/04/2020**

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? **SIM**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA (AUTOR)	GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71138 248	17/11/2020 13:25	<u>2752673_MANIFESTACAO_LAUDO</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00190914420208172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253404100000069747491>
Número do documento: 20111713253404100000069747491

Num. 71138248 - Pág. 1



Número: **0019091-44.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/04/2020**

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? **SIM**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA (AUTOR)	GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71138 249	17/11/2020 13:25	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190679588 Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Data do Acidente: 04/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15211616



Pág 01659/01660 - Carta 01 - INVADIZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171325341370000069747492>
Número do documento: 2011171325341370000069747492

Núm. 71138249 - Pág. 1



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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190679588 Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Data do Acidente: 04/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

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

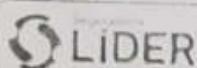
Pag. 01953/01954 - carta_02 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492>
Número do documento: 20111713253413700000069747492

Carta nº 15224216

Num. 71138249 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

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

Nº do sinistro ou A.S.C.

CPF da vítima:

046033368-29 JOSE ROBERTO B. LIMA

Nome completo da vítima

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

Email:

046033368-29 JOSE ROBERTO B. LIMA
ENDERECO DA VÍTIMA: RUA 41 195 Quadra 53
CEP: 53545-670
Complemento: 195
Cidade: PE
UF: PE
Tel (DDD): (81) 999317719ENDERECO DA VÍTIMA: RUA 41 195 Quadra 53
CEP: 53545-670
Complemento: 195
Cidade: PE
UF: PE
Tel (DDD): (81) 999317719

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO

 RECLUSO/IMPRIMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OCAÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA

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

CONTA CORRENTE

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA F.

AGÊNCIA

CONTA

Informar o dígito se existir

Informar o dígito se existir

AGÊNCIA

CONTA

Informar o dígito se existir

Informar o dígito se existir

Autorizo a Seguradora fazer a creditação na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização referente ao Seguro DPVAT, a que me couber direito, respeitando o limite estabelecido no artigo 10º da Lei nº 9.466, de 1996.

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

Declaro, sob os termos da lei, que não tenho, nem tive, ao longo da vida, nenhuma lesão que impeça a realização de atividades de trabalho, de modo que não possuo direito ao Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que faltam critérios de aceitação.

 Não há IMI que atenda à regra do incidente ou da minha residência, ou O IMI que atende a regra do acidente ou da minha residência não resulta por critério fato do Seguro DPVAT, ou O IMI que atende a regra do acidente ou da minha residência realiza períodos com prazo superior a 90 (noventa) dias ao pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da seguradora Lider para verificação da existência e da natureza das lesões persistentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme leis nº 9.466/96, art. 3º, §2º, declarando que estou autorizado não ser beneficiário desse seguro, caso constate que a sua condição médica não corresponda ao critério de invalidez permanente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da morte da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compadecido(a) Sim Não Se a vítima deixou compadecido(a), informar nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tiver filhos, informar quantos filhos: Vítima deixou herdeiros? Sim Não Vítima deixou testamento? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indemnizada pelo Seguro DPVAT, um monte de outros benefícios que não essenciais e provavelmente essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer amissão ou declaração não verdadeira acarreta a obrigação de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 291 do Código Penal.

Local e Data: 01 de Novembro 2019

Nome: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CPF: 046033368-29

Assinatura de quem assina o RGSO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

2º | Nome:

Assinatura:

3º | Nome:

Assinatura:

4º | Nome:

Assinatura:

Assinatura do beneficiário (testemunha)

Assinatura do beneficiário (testemunha)

(*) A vítima/testemunha é sólida e deve ser escrita por pessoa adulta, maior de idade, que comprove sua capacidade de assinar o formulário. A SEU RGSO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprovadamente e devidamente identificadas (pelo nome, sobrenome e endereço) e assinadas a assinatura.

NECESSARIO FAZER X NO FORMULARIO DA INDENIZACAO, CASO CONTRARIO NAO SERA CONSIDERADA A ASSINATURA.

FPS.001 V001/2018

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492

Número do documento: 20111713253413700000069747492

Num. 71138249 - Pág. 3

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190679588
Nome do(a) Examinado(a): Jose Roberto Buarque de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Quarenta e Um, 195
Caetes III Abreu e Lima PE CEP: 53545-650
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 10402365-X
Data local do acidente: [04/04/2019]
Data local do exame: [23/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

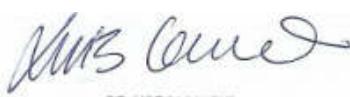
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: 16/06/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO (REALIZA APROX 30 GRAUS). FUNÇÃO DA MÃO PRESERVADA.
- 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:
DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO AO PUNHO ESQUERDO.
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 (*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
---	---
 - b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): PUNHO - Lado Esquerdo % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve (X) 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--

Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ª CIRC DIM/8ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19 E0118005068

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/05/2019 às
14:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 4/4/2019 às 20:25

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE GUABIRABA (BAIRRO), 01 - Bairro:
GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
RETORNO PRÓXIMO AO BARILLOCHE
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL / BR-101

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VINICIUS VIEIRA -CONDUTOR DE VEÍCULO HYUNDAI TUCSON GLSB DE PLACAS
PEK-6447/PE (AUTOR\AGENTE)
SILVANA APARECIDA DA SILVA DE SOUZA (OUTRO)
DANIEL JOSE BRAZ (TESTEMUNHA)
JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

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

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês:
TEREZINHA MALAFIA DE LIMA Pai: RENAN BUARQUE DE LIMA Data de Nascimento:
8/4/1961 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 18402366/05P/PE
(RG): 04883338829 (CPF) Profissão: GABELEIREIRO(A) Telefones Celulares:
- 888317719

Endereço Residencial: RUA QUARENTA E UM, 198 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES III -
ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

VINICIUS VIEIRA -CONDUTOR DE VEÍCULO HYUNDAI TUCSON GLSB DE
PLACAS PEK-6447/PE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SILVANA APARECIDA DA SILVA DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo:



Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

MOTOCICLETA DE PLACA PFN-2886 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SILVANA APARECIDA DA SILVA DE SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD Objeto apreendido:

Não

Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Ano/Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

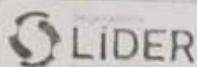
O SR. JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA COMPARCEU A ESTA 28º CPOL E NOTICIOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE PLACA PFN-2886 PELA RODOVIA BR-101 , BAIRRO DE GUABIRABA , RECIFE /PE . QUE O NOTICIANTE SEGUIA SENTIDO RECIFE - ABREU E LIMA QUE NAS IMEDIACOES DO BARILOCHE , PRÓXIMO AO RETORNO , UM VEÍCULO HYUNDAI TUCSON GLSB DE PLACAS PEK-8447/PE QUE ESTAVA PARADO NO ACOSTAMENTO DA VIA , LADO DIREITO , SAIU SEM SINALIZAR E INGRESSOU NA RODOVIA . DIZ O NOTICIANTE QUE NAQUELE INSTANTE O NOTICIANTE FREOU A MOTOCICLETA MAS RECEBEU A COLISÃO DO VEÍCULO TUCSON. DIZ O NOTICIANTE QUE DEVIDO AO IMPACTO SOFREU LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO E FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS -2010APH000548 DIV.OP PARA UPA DE IGARASSU E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL MEMORIAL DE JABOTATÃO. OUTROSSIM , DECLARA O NOTICIANTE QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO TUCSON SE IDENTIFICOU PELO NOME DE VINICIUS VIEIRA E SE COMPROMETEU ARCAR COM AS DESPESAS MÉDICAS . AFIRMA O NOTICIANTE QUE ; TRABALHA NA PROFISSÃO DE CABELELEIRO E DEVIDO A LESÃO NO BRAÇO ESTÁ SEM EXERCER A SUA ATIVIDADE HÁ QUARENTA DIAS . DIANTE DE EXPOSTO SOLICITA AS PROVIDENCIAS LEGAIS. CASO AFETO A DELEGACIA DE MAGAXEIRA.

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

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOAO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 381008-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

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

Nº do sinistro ou A.S.C.

CPF da vítima:

046033368-29 JOSE ROBERTO B. LIMA

Nome completo da vítima

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

Email:

CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CABELEIREIRO RUA 41 195 Quadra 53

CAETTES III ABEV E LIMA PE

robertoBuarqueLima@onail.com

CPF: 046033368-29

Número: 195 Complemento:

53545-670

Tel (DDD): (81) 999317719

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

DADOS CAUSAIS

RENDAS MENSAL

 RECURSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OCAÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA

Somente se tiver mais de 18 anos. Ativite essa opção

 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE

Somente se tiver mais de 18 anos

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA F.

AGÊNCIA

CONTA

Inserir o dígito se existir

AGÊNCIA: 0867

0

CONTA: 00025377

7

Inserir o dígito se existir

Inserir o dígito se existir

Autorizo a Seguradora fazer a utilização da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização tem incidido o Seguro DPVAT, a que me couber direito, respeitando o limite estabelecido e ciente de que é cliente APP à efetivação de crédito, milhão total em valor creditado.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não tenho, nem tive, ao longo da vida, nenhuma lesão que impeça a realização de atividades de trabalho, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica da seguradora para verificar a existência de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme leiau 174/76, art. 30, §2º, declarando que esta autorização não tem caráter previsor e consensual com a natureza da avaliação médica ou voluntária, só o critério constante, caso discordar do seu conteúdo.

 Não há IMI que atenda a regra do incidente ou da minha residência, ou O IMI que atende a regra do acidente ou da minha residência não resulta por causa fato do Seguro DPVAT, ou O IMI que atende a regra do acidente ou da minha residência realiza período com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica da seguradora para verificar a existência de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme leiau 174/76, art. 30, §2º, declarando que esta autorização não tem caráter previsor e consensual com a natureza da avaliação médica ou voluntária, só o critério constante, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da morte da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compadecido(a) Sim Não Se a vítima deixou compadecido(a), informar nome completoVítima teve filhos? Sim Não Se a vitm teve filhos, informar quantos filhos: Vítima deixou Sim Não Vítima deixou Sim Não Assinatura: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora não pagará, caso devidamente indenizada, o Seguro DPVAT, por morte de outros beneficiários que não residem em e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer amissão ou declaração não verdadeira acarreta a obrigação de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 291 do Código Penal.

Local e Data: 01 de Novembro 2019

Nome: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CPF: 046033368-29

Assinatura de quem assina o RGDO

TESTEMUNHAS

2º | Nome:

CPF:

Assinatura:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura do beneficiário (se for menor)

Assinatura do testemunha (se houver)

(*) A vítima/sobrevivente não deve ser escrita por pessoa estrangeira, menor de idade, com comorbidades ou em processo de falecimento. A SEU RGDO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, com comprovante de identidade e RGDO, ou cartilha de identidade, ou documento com equivalente à assinatura.

NECESSARIO FAZER X NO FORMULARIO DA INSTRUCAO DA VITIMA, PARA CONFIRMAR A AUTENTICIDADE DA ASSINATURA DA VITIMA.

FPS.001.V001/2018

Num. 71138249 - Pág. 7

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492

Número do documento: 20111713253413700000069747492





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000546 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(*). JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA, 58 anos, BRASILEIRO (a), DIVORCIADO(a), RG nº 10402365 SSP SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 046.033.368-29, residente à RUA 41, nº 195, CAETES III, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 04/04/2019, por volta das 20:25 hs, no endereço: RODOVIA BR, S/N, GUABIRABA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo CAMIONETA HYUNDAI/TUCSON GLSB BRANCA PEK-6447-PE , no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(*) JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA, inscrito sob o CPF nº 046.033.368-29 e Registro Geral nº 10402365, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IGARASSU. Registrado(a) com o prontuário nº 1070608. Ficou aos cuidados do médico EDUARDO KRUG CARVALHO, registro 15075. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 13/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000546

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492>

Número do documento: 20111713253413700000069747492

Num. 71138249 - 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: 02/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00867

CONTA: 000000025377-7

Nr. da Autenticação DA4A1B0D9E9FC86E



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492>
Número do documento: 20111713253413700000069747492

Num. 71138249 - Pág. 9

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE' ROBERTO BUARQUE DE LIMA
RG nº 10402365-X data de expedição 08/10/2019 Órgão SSP/SP

CPF nº 04603336829 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA 41 Nº 195</u>
Número	<u>195</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CAETES III</u>
Cidade	<u>ABREU E LIMA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53 545 - 670</u>
Telefone de Contato	<u>(81) - 999317719</u>
E-mail	<u>Roberto.Buarque@lim@mail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Recife 14 Novembro 2019

Assinatura do Declarante:

for Roberto B. Lin



www.tabelionatofigueiredo.com.br
Fone: (81) 3073-0800

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492>

Número do documento: 20111713253413700000069747492

Num. 71138249 - Pág. 10

Saldo Anterior	Pagamentos (Crédito)	Saldo Restante	Despesas do mês (Débito)	Total desta Fatura	Pagamento Mínimo
R\$ 0,00	(-) R\$ 6,03	(=) R\$ 0,00	(+) R\$ 457,73	(=) R\$ 457,73	R\$ 63,57

Demonstrativo das Movimentações			
Data	Descrição	Valor US\$	Valor
04/10/2019	5117.XXXX.XXXX.4343		
04/10/2019	RAPPI'VER BRASIL INTER	2,44	
04/10/2019	RAPPI'VER BRASIL INTER	2,44-	
04/10/2019	RAPPI BRASIL	23,10	
05/10/2019	PRIME LINE CENTRO AUTO 01/05	125,00	
09/10/2019	F INDEP ILHA 2 01/02	30,11	
15/10/2019	PAULISTA NORTH WAY SER	8,00	
15/10/2019	PETROCAL OLINDA	40,00	
15/10/2019	RAPPI'VER BRASIL INTER	3,59	
15/10/2019	RAPPI'VER BRASIL INTER	3,59-	
15/10/2019	RAPPI	22,70	
16/10/2019	ifood *IFOOD	5,90	
19/10/2019	CINEPOLIS PATIO OLINDA	16,00	
19/10/2019	LOUCOS POR COXINHA PAT	10,00	
19/10/2019	LOJAS AMERICANAS -1419	37,23	
19/10/2019	LOJAS AMERICANAS -1419	7,99	
20/10/2019	AUTO POSTO GLOBO	70,00	
21/10/2019	ifood *IFOOD	26,90	
21/10/2019	ifood *IFOOD	17,90	
22/10/2019	ifood *IFOOD	16,90	

Número do cartão	Vencimento
5117 XXXX XXXX 4343	05/11/2019
Limites	
Límite de Crédito Cartão	R\$ 1.000,00
Límite de Saque	R\$ 0,00
Encargos Financeiros	
Encargos Rotativos	7,70% a.m
Encargos Máximo Próximo Período	10,70% a.m
Juros Remuneratórios	7,6% a.m
Juros de Mora	1,00% a.m
Multa Por Atraso	2,00% sobre o valor da fatura
IOF de Financiamento	0,626% a.m
IOF Internacional	6,38% sobre o valor da transação
CET do Financiamento da Fatura	145,43% a.a
Cotação do Dólar	R\$ 4,11

Atendimento Inter
3003 4070 - Capitais e Regiões Metropolitanas
0800 701 7717 - Demais Localidades
0800 979 7096 - SAC
0800 940 7772 - Ouvidoria
www.bancointer.com.br

Compras Parceladas - Próximas Faturas		
Data	Estabelecimento	Valor em R\$
05/10/2019	PRIME LINE CENTRO AUTO 02/05	125,00
09/10/2019	F INDEP ILHA 2 02/02	30,11

Fique seguro de imprevistos	
Garanta o pagamento da fatura em caso de perda involuntária de renda. A partir de R\$ 5,99/mês. Acesse o app e conheça o Seguro Proteção Financeira.	

BANCO Inter		077-9 07790.00116 01000.001337 17259.531113 5 0000000000000000
LOCAL DE PAGAMENTO		
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO, MESMO APÓS O VENCIMENTO		
BENEFICIARIO BANCO INTER S/A - CNPJ: 00.416.968/0001-01 AV. DO CONTORNO 7777 - LOURDES - 30130-051 - BELO HORIZONTE - MG		
DATA DOCUMENTO 25/10/2019		Nº DOCUMENTO 11292298405
USO DO BANCO		ESPECIE DOC. OUTROS
VALOR DO DOCUMENTO 457,73		ACEITE N
VENCIMENTO 05/11/2019		DATA PROCESSAMENTO 25/10/2019
INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)		
Os encargos sobre o pagamento em atraso constarão na próxima fatura mensal. Utilize esta ficha de compensação caso deseje quitar ou pagar parcialmente o saldo devedor do seu Cartão Inter.		
SR. CAIXA FAVOR NÃO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE		
PAGADOR GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR RUA TRES 215 5 ETAPA RIO DOCE 53090-340 OLINDA PE		
AGÊNCIA / CEDENTE 00001/00190101		
NOSSO NÚMERO 101/0031725953111		
Nº DOCUMENTO 101/47		
BANCO INTER S/A CNPJ: 00.416.968/0001-01 AV. DO CONTORNO 7777 LOURDES - 30130-051 BELO HORIZONTE - MG		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO		
DAÇÃO MECÂNICA		



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
FICHA DE COMPENSAÇÃO





Precisando organizar as finanças? ;)

Parcele sua fatura e fique tranquilo.

O Banco Inter oferece algumas opções de parcelamento.
Uma delas pode ser a que você precisa:

1+ 18 x R\$ 43,03

1+ 36 x R\$ 34,63

1+ 24 x R\$ 38,50

1+ 30 x R\$ 36,05

Se quiser aderir ao Parcelamento de Fatura, pague **até a data do vencimento o valor exato** da parcela escolhida entre as opções acima.

Importante: caso sua fatura esteja em débito automático, é necessário cancelar este serviço antes de contratar o Parcelamento de Fatura.

Os valores decorrentes de Parcelamento de Fatura e/ou Financiamento Compulsório estão sujeitos à incidência de IOF, bem como de juros à Taxa Efetiva Mensal de **[7,60]%** a.m, Custo Efetivo Total de **[105,73]%** a.a.

O valor financiado (principal) do Parcelamento de Fatura e/ou Financiamento Compulsório impactará o limite de crédito para utilização do cartão Inter Mastercard, que será recomposto à medida que as parcelas forem pagas.

Não sendo pagos pelo portador os valores devidos, independentemente de notificação ou qualquer outra formalidade, o Banco Inter poderá, de imediato, suspender ou cancelar a utilização do cartão.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492>
Número do documento: 20111713253413700000069747492

Num. 71138249 - Pág. 12



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Divisória: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular Susep 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.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E PESSEGURO; * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N° 613/98.

Pelo exposto, eu: *Genaldo Pereira da Silva Júnior*

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Rosário Bumex de Lima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº *046033368 / 29*,

do sinistro de DPVAT cobertura

da Vítima

José Rosário Bumex de Lima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº *046033368 / 29*

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: *Advogado*

Renda: *R\$ 2.000,00*

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<i>Rua Ires</i>	Número:	<i>235</i>	Complemento:	<i>II cípaa</i>
Bairro:	<i>Rio Doce</i>	Cidade:	<i>Olinda</i>	Estado:	<i>PE</i>
E-mail:	<i>Genaldo.jr@outlook.com</i>			CEP:	<i>53303-90</i>

Local e Data: *Recife, 20 de novembro de 2019*

Genaldo Pereira da Silva Júnior
Assinatura do Declarante

DDORL 001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492>

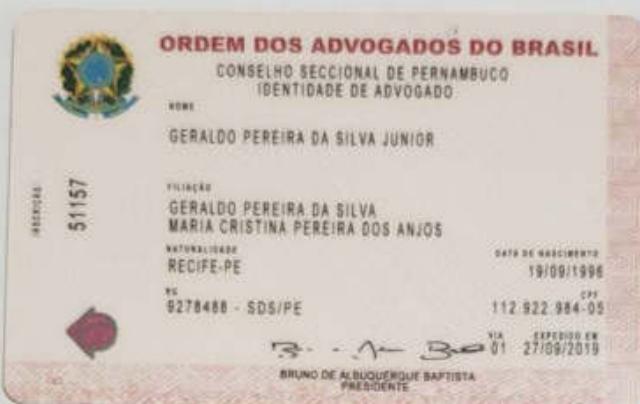
Número do documento: 20111713253413700000069747492

Num. 71138249 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492>
Número do documento: 20111713253413700000069747492

Num. 71138249 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492>
Número do documento: 20111713253413700000069747492

Num. 71138249 - Pág. 15

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679588 **Cidade:** Recife
Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA **Data do acidente:** 04/04/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSAO DO PUNHO ESQUERDO (REALIZA APROX 30 GRAUS). FUNÇÃO DA FÍSICO: MAO PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

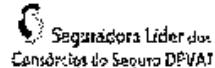
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435026/19

Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CPF: 046.033.368-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO BUARQUE
DE LIMA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR : 112.922.984-05

- Comprovante de residência
- Dedicação Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA : 046.033.368-29

- 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 ao 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: 05/12/2019
Nome: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR
CPF: 112.922.984-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Eduardo Borges
Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLITARIO
Identidade: 10 402 365-X
CPF: 046 033 368-29
Profissão: CABELEIREIRO
Endereço: R. 41 N° 195 Quada 53 CAETES III
CEP: 53 545-670 ABREU-E-LIMA
Telefone: (81) 999 317719

OUTORGADO:

Nome: Geraldo Pecina da Silva Júnior
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 9274799 555-96
CPF: 552 922 584
Profissão: Advogado
Endereço: Rua São José, n° 255, Rio Doce, Olinda-PE
CEP: 533 80 370
Telefone: (83) 899238859

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Recife 14 de Novembro 2019

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



IIº TABELIONATO DE NOTAS DO RECIFE
Friguêdo de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho
Tabelião Público

www.tabelionatodefigueredo.com.br
Fone: (81) 3011-1200

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de

(0166979) JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

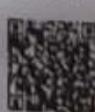
Recife, 14 de Novembro de 2019 - Em 100% de verdade

KEROLAINA CHARA DE SOUZA

Emissor: 15 471 TSNR: 0,80, FERC: 0,40, FIBAM: 0,04

FUNSEB: 0,05, ISS: 0,20, Total: 4,91

Selo digital: 071781.RF11201901.01115



Consulta Automotiva Av. www.tabelionatodefigueredo.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 13:25:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111713253413700000069747492>

Número do documento: 20111713253413700000069747492

Num. 71138249 - Pág. 18

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435026/19

Vítima: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

CPF: 046.033.368-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR : 112.922.984-05

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

JOSE ROBERTO BUARQUE DE LIMA : 046.033.368-29

- 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: 05/12/2019
Nome: GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR
CPF: 112.922.984-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

GERALDO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

