



Número: **0042102-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>JOSE DE SOUZA FILHO (AUTOR)</b>	<b>PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69564 002	15/10/2020 14:30	<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, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200053251 Vítima: JOSE DE SOUZA FILHO

**Data do Acidente:** 03/10/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: FABIO HENRIQUE DE BRITO

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

**Senhor(a), JOSE DE SOUZA FILHO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15459776



Brag 00511/00512 - Carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Núm. 69564002 - 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, 13 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200053251**

Data do Acidente: 03/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIO HENRIQUE DE BRITO

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). JOSE DE SOUZA FILHO**

Informamos que o paga

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\$ 1.687,50

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

Durante o processo de graduação completa a  
Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12.50%

Valor a indenizar:  $12.50\% \times 13.500,00 =$  R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE DE SOUZA FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006036-4

Cuenta: 000003E77-1

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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

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:

Scanned by Kibin PDFmate

*Segunda Edic. D. 11.*



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pjje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010151430355320000068214447>  
Número de documento: 202101514202552300000068214447

Nº 69564002 - Pág. 2



# 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 ASI:

3 - CPF da vítima:

468.751.744-72

4 - Nome completo da vítima:

José de Souza Filho

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

5 - Nome completo:

José de Souza Filho

6 - CPF:

468.751.744-72

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

TV 1 São João

9 - Número:

21

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Sousas Belas

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

55340-000

15 - E-mail:

Fábio Henrique Souza@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 499593046

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

 CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

Bradesco (297)  Itaú (341)

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6036

4

CONTA: 000 2577

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Líder 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 de 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 Líder 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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Idade da vítima:

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

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros(falecidos)?  Sim  Não 31 - Vítima:  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, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas 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  
Impr. 3.0  
Digital  
Assinado em  
Data: 26/11/2019  
Assinatura: José de Souza Filho

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)

40 - Local e Data:

Sousas Belas, PE, 26/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

Brito





# 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 ASI:

3 - CPF da vítima:

468.751.744-72

4 - Nome completo da vítima:

José de Souza Filho

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

5 - Nome completo:

José de Souza Filho

6 - CPF:

468.751.744-72

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

TV 1 São João

9 - Número:

21

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Sousas Belas

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

55340-000

15 - E-mail:

Fábio Henrique Souza@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 499593046

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

 CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

Bradesco (297)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6036

4

CONTA: 000 2577

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Líder 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 de 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 Líder 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.

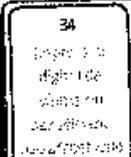
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Idade da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros(filhos)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas 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.



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: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Sousas Belas, PB, 25/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

Brito

**CEPE**  
Banco do Brasil

JOSÉ DE SOUZA FILHO

CPF/CNPJ: 651.744-722

CLASSE/GRAU  
RESIDENCIAL

CENTRALIZADA DOLAS

AGLAC BR PE

SIST. UDO

ENDERECO DA ENTIDADE CONSOLIDADA

Nº.: SP00.3040.21

CEP: 00000-000

Logradouro:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 137<sup>a</sup> CIRCUNSCRICAO - AGUAS BELAS - DP137<sup>a</sup>CIRC  
DINTER1/18/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0227001048

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2019** às **10:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 31/03/2019 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: TRAVESSA MAJOR OTAVIO, 1, PRÓXIMO A ESCOLA MUNICIPAL - Bairro:  
**CENTRO - ÁGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
MATEUS KAIQUE DE SOUZA ( TESTEMUNHA )  
JOSÉ DE SOUZA FILHO ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEÍCULO:** (Usado na geracão da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ DE SOUZA FILHO

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

**JOSÉ DE SOUZA FILHO** (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO Pal:  
NÃO DECI ABADO Data de Nascimento: 7/8/1950 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**MATEUS KAIQUE DE SOUZA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **LINDALVA MARIA DE SOUZA**, Pai: **JOSÉ DE SOUZA FILHO** Data de Nascimento: 4/3/1994 Naturalidade: **AGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE AGUAS BELAS, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGUAS  
BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

**Nome do Representante:** - **Cargo do Representante:** - **Pessoa de Contato no estabelecimento comercial:** - **Telefone de**

1. [View](#) [Edit](#) [Delete](#) [Details](#) [Properties](#)

**MOTOCICLETA HONDA POP100 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE DE SOUZA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE DE SOUZA FILHO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: KGR3772 (PERNAMBUCO/M&Oacute; N&Oacute; INFORMADO) Renavam: 190887624 Chassi: 9C2HB0210AR501944

14/11/2019

1 of 2



## Complemento / Observação

NO DIA 03 DE OUTUBRO, POR VOLTA DAS 16HRS, JOSÉ DE SOUZA FILHO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA QUALIFICADA PELA RUA TRAVESSA MAJOR OTÁVIO, QUANDO EM DETERMINADO PONTO ULTRAPASSOU UM CAMINHÃO DE LIXO E QUANDO RETORNOU FOI ATINGIDO NA PERNAS POR OUTRO MOTOCICLISTA QUE VINHA NA MÃO CONTRÁRIA DA VIA. A VÍTIMA FOI ARREMESSADA AO CHÃO E OBTEVE UMA FRATURA NA REGIÃO DA TIBIA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU AO HOSPITAL LOCAL, MAS DEVIDO À GRAVIDADE DO FERIMENTO FOI ENCAMINHADO AO HRDM EM GARANHUNS-PE, LOGO EM SEGUIDA AO HOSPITAL MEMORIAL EM RECIFE-PE, NO QUAL PASSOU 8 DIAS INTERNADO. REGISTRA-SE ESTE BOE PARA SE PROCEDER AO RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT.

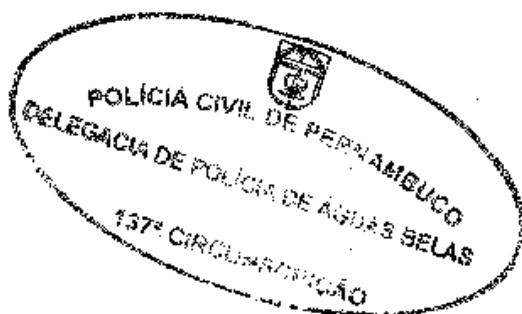
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSÉ DE SOUZA FILHO  
(VITIMA)

- José de Souza Filho  
Motorista de Souza

MATEUS KAIQUE DE SOUZA  
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: MATHEUS CARVALHO SIMON E SILVA - Matrícula: 3877531



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 137<sup>a</sup> CIRCUNSCRICAO - AGUAS BELAS - DP137<sup>a</sup>CIRC  
DINTER1/18/DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0227001048**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2019** às **10:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 31/03/2019 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: TRAVESSA MAJOR OTAVIO, 1, PRÓXIMO A ESCOLA MUNICIPAL - Bairro:  
**CENTRO - ÁGUAS BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
MATEUS KAIQUE DE SOUZA ( TESTEMUNHA )  
JOSE DE SOUZA FILHO ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEÍCULO:** (Usado na geracão da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ DE SOUZA FILHO

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

**JOSÉ DE SOUZA FILHO** (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO Pal:  
NÃO DECI ABADO Data de Nascimento: 7/8/1950 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**MATEUS KAIQUE DE SOUZA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **LINDALVA MARIA DE SOUZA**, Pai: **JOSÉ DE SOUZA FILHO** Data de Nascimento: 4/3/1994 Naturalidade: **AGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE AGUAS BELAS, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AGUAS  
BELAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

PESO CONHECIDO - Peso de Atividade: NAO INFORMADO

**Nome do Representante:** - **Cargo do Representante:** - **Pessoa de Contato no estabelecimento comercial:** - **Telefone de**

1. [View](#) [Edit](#) [Delete](#) [Details](#) [Properties](#)

**MOTOCICLETA HONDA POP100 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE DE SOUZA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE DE SOUZA FILHO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: KGR3772 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 190887624 Chassi: 9C2HB0210AR501944

14/11/2019

1 of 2



## Complemento / Observação

NO DIA 03 DE OUTUBRO, POR VOLTA DAS 16HRS, JOSÉ DE SOUZA FILHO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA QUALIFICADA PELA RUA TRAVESSA MAJOR OTÁVIO, QUANDO EM DETERMINADO PONTO ULTRAPASSOU UM CAMINHÃO DE LIXO E QUANDO RETORNOU FOI ATINGIDO NA PERNAS POR OUTRO MOTOCICLISTA QUE VINHA NA MÃO CONTRÁRIA DA VIA. A VÍTIMA FOI ARREMESSADA AO CHÃO E OBTEVE UMA FRATURA NA REGIÃO DA TIBIA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU AO HOSPITAL LOCAL, MAS DEVIDO À GRAVIDADE DO FERIMENTO FOI ENCAMINHADO AO HRDM EM GARANHUNS-PE, LOGO EM SEGUIDA AO HOSPITAL MEMORIAL EM RECIFE-PE, NO QUAL PASSOU 8 DIAS INTERNADO. REGISTRA-SE ESTE BOE PARA SE PROCEDER AO RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT.

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

JOSÉ DE SOUZA FILHO  
(VITIMA)

- José de Souza Filho  
Motorista de Souza

MATEUS KAIQUE DE SOUZA  
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: MATHEUS CARVALHO SIMON E SILVA - Matrícula: 3877531





# 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 ASI:

3 - CPF da vítima:

468.751.744-72

4 - Nome completo da vítima:

José de Souza Filho

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

5 - Nome completo:

José de Souza Filho

6 - CPF:

468.751.744-72

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

TV 1 São João

9 - Número:

21

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Sousas Belas

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

55340-000

15 - E-mail:

Fábio Henrique Souza@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 499593046

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

 CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (297) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6036

4

CONTA: 000 2577

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Líder 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 de 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 Líder 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

INVALIDEZ

PERMANENTE

MORTE

23 - Estado:

Civil da vítima:

24 - Idade da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a Vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima

29 - Se tinha filhos, informar

20 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

34 - Vítima

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

13 - 01

14 - 02

15 - 03

16 - 04

17 - 05

18 - 06

19 - 07

20 - 08

21 - 09

22 - 10

23 - 11

24 - 12

25 - 01

26 - 02

27 - 03

28 - 04

29 - 05

30 - 06

31 - 07

32 - 08

33 - 09

34 - 10

35 - 11

36 - 12

37 - 01

38 - 02

39 - 03

40 - 04

41 - 05

42 - 06

43 - 07

44 - 08

45 - 09

46 - 10

47 - 11

48 - 12

49 - 01

50 - 02

51 - 03

52 - 04

53 - 05

54 - 06

55 - 07

56 - 08

57 - 09

58 - 10

59 - 11

60 - 12

61 - 01

62 - 02

63 - 03

64 - 04

65 - 05

66 - 06

67 - 07

68 - 08

69 - 09

70 - 10

71 - 11

72 - 12

73 - 01

74 - 02

75 - 03

76 - 04

77 - 05

78 - 06

79 - 07

80 - 08

81 - 09

82 - 10

83 - 11

84 - 12

85 - 01

86 - 02

87 - 03

88 - 04

89 - 05

90 - 06

91 - 07

92 - 08

93 - 09

94 - 10

95 - 11

96 - 12

97 - 01

98 - 02

99 - 03

100 - 04

101 - 05

102 - 06

103 - 07

104 - 08

105 - 09

106 - 10

107 - 11

108 - 12

109 - 01

110 - 02

111 - 03

112 - 04

113 - 05

114 - 06

115 - 07

116 - 08

117 - 09

118 - 10

119 - 11

120 - 12

121 - 01

122 - 02

123 - 03

124 - 04

125 - 05

126 - 06

127 - 07

128 - 08

129 - 09

130 - 10

131 - 11

132 - 12

133 - 01

134 - 02

135 - 03

136 - 04

137 - 05

138 - 06

139 - 07

140 - 08

141 - 09

142 - 10

143 - 11

144 - 12

145 - 01

146 - 02

147 - 03

148 - 04

149 - 05

150 - 06

151 - 07

152 - 08

153 - 09

154 - 10

155 - 11

156 - 12

157 - 01

158 - 02

159 - 03

160 - 04

161 - 05

162 - 06

163 - 07

164 - 08

165 - 09

166 - 10

167 - 11

168 - 12

169 - 01

170 - 02

171 - 03

172 - 04

173 - 05

174 - 06

175 - 07

176 - 08

177 - 09

178 - 10

179 - 11

180 - 12

181 - 01

182 - 02

183 - 03

184 - 04

185 - 05

186 - 06

187 - 07

188 - 08

189 - 09

190 - 10

191 - 11

192 - 12

193 - 01



# 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 ASI:

3 - CPF da vítima:

468.751.744-72

4 - Nome completo da vítima:

José de Souza Filho

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

5 - Nome completo:

José de Souza Filho

6 - CPF:

468.751.744-72

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

TV 1 São João

9 - Número:

21

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Sousas Belas

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

55340-000

15 - E-mail:

Fábio Henrique Souza@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 499593046

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:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

 CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

Bradesco (297)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6036

4

CONTA: 000 2577

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à Seguradora Líder 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 de 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 Líder 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:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Idade da vítima:

Óbito da vítima:

MORTE

25 - Grau de Parentesco com a Vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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 herdeiros(filhos)?

 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, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas 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

Impr. 3-0  
Digital  
Assinado em  
Data: 26/11/2019  
Assinatura: José de Souza Filho

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)

40 - Local e Data,

Sousas Belas, PB, 26/11/2019

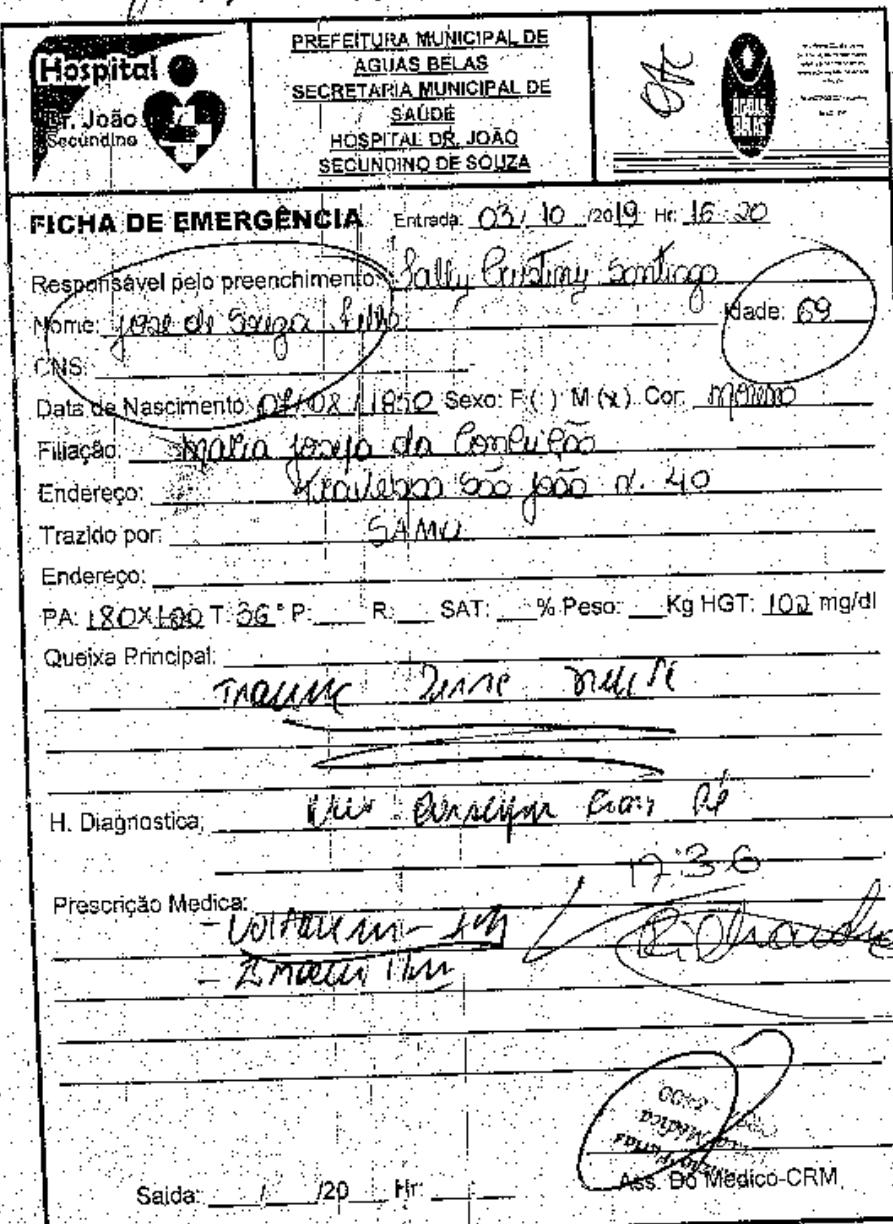
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

170-2775-282



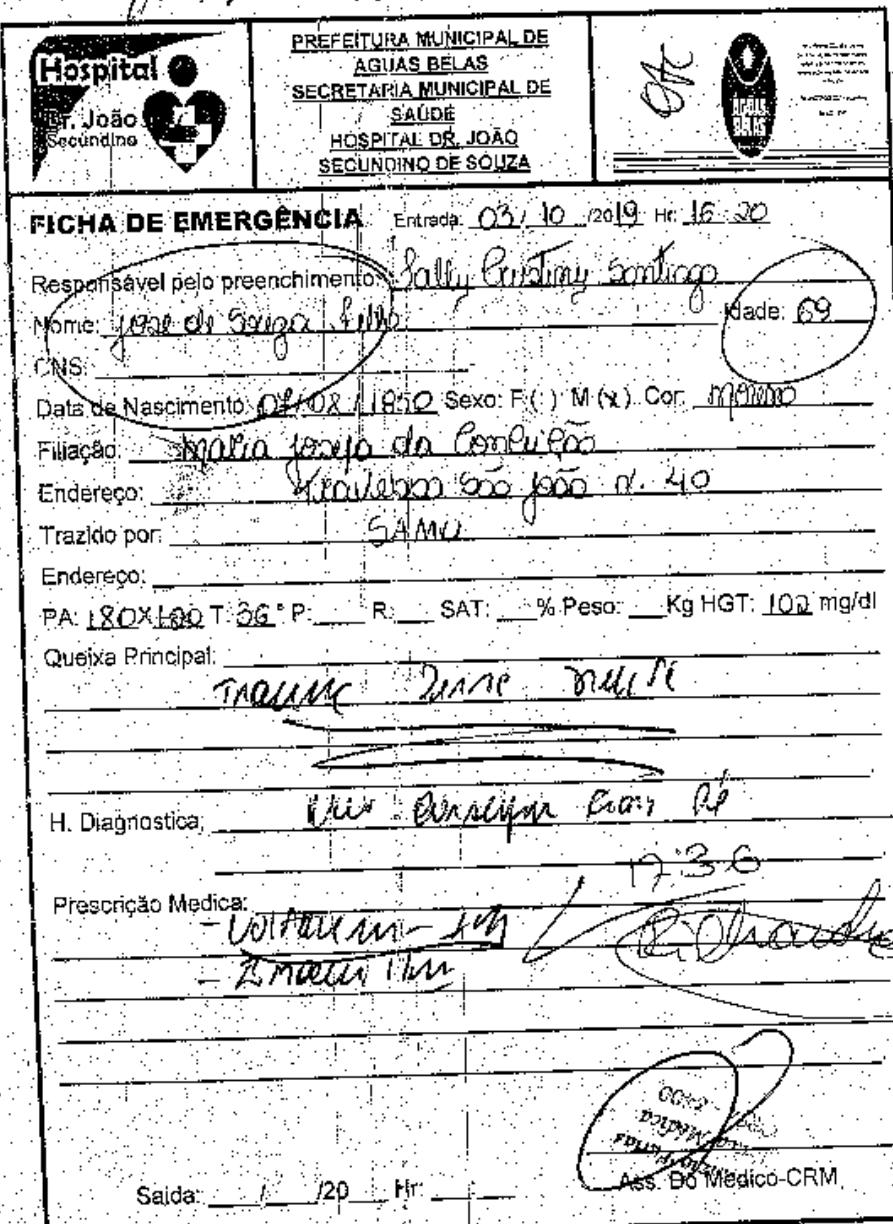
HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA  
Travessa Amarelinhas s/n  
Águas Belas/PB - CEP: 45.540-000  
CNPJ: 21.285.241/0001-91

Före: (37) 3775-2721

34-11-2019



170-2775-282



HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA  
Travessa Amarelinhas s/n  
Águas Belas/PE - CEP: 54.540-000  
CNPJ: 21.285.341/0001-91

Före: (37) 3775-2721

34-11-2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Num. 69564002 - Pág. 14

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE DE SOUZA FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06036-4

CONTA: 000000002577-1

---

Nr. Autenticação

BRADESCO10022020050000000002370603600000002577168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Num. 69564002 - Pág. 15









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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradolider.com.br](http://www.seguradolider.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: 0800-1286 / Outras regiões: 0800-0721226

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-0222123 | SAC (para beneficiários ausentes e da fala): 0800-0221226 | Central Operadora: 0800-0221226

### INFORMAÇÕES IMPORTESENTES

O preenchimento desse Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistros, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponibilizado no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BSL/NOTICIAS/DEC09/GERAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29566>

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 de fonte da renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

É 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 COAP.

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PANELOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIMARIA ABERTA, CAPTAÇÃO E ASSESSORAMENTO. - CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM PELA FISCALIZAÇÃO, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 828.623/98.

Pelo exposto, eu Fábio Henrique de Britto

Inscrito (a) no CPF/CNE 030.831.134-55, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Myloré de Silveira Filho Inscrito (a) no CPF sob o N° 468.751.744-72

do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ de Vítima Myloré de Silveira Filho

Inscrito (a) no CPF sob o N° 468.751.744-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

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

Endereço:	<u>Rua Major Alvaro</u>	Número:	<u>50</u>	Complemento:
Selvagem:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Aguas Belas</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55340-000</u>
E-mail:	<u>Fábio Henrique Seguro Digital .com</u> Tel.(DDI): <u>(87) 999599046</u>			

Local e Data: Aguas Belas, PE, 25/11/2019

Fábio Henrique de Britto  
Assinatura do Declarante

DEBRI/001 0001/2017



Hosp. Dr. João Secundino

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUAS BELAS</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA</b>	
<b>FICHA DE EMERGÊNCIA</b>		
Entrada: 03/10/2019 Hr: 16:20		
Responsável pelo preenchimento: <i>Sally Cristina Santiago</i>		
Nome: <i>José de Souza Filho</i> Idade: 69		
CNS: _____		
Data de Nascimento: <i>01/08/1850</i> Sexo: F ( ) M (x) Cor: <i>Marron</i>		
Filiacão: <i>Maria Josefa da Conceição</i>		
Endereço: <i>Vila Brasil São João n. 40</i>		
Trazido por: <i>SAMU</i>		
Endereço: _____		
PA: <u>180</u> / <u>100</u> T: <u>36</u> ° P: _____ R: _____ SAT: _____ % Peso: _____ Kg HGT: <u>102</u> mg/dl		
Queixa Principal: <i>trauma na mão</i>		
<i>doença vascular</i>		
H. Diagnóstica: <i>trauma na mão</i>		
Prescrição Médica: <i>- Voltaren - 100 mg / 10 ml</i>		
<i>Ass. Bô Medico-CRM.</i>		
Saida: <u>10</u> Hr: _____		

**HOSPITAL DR. JOÃO SECUNDINO DE SOUZA**  
 Travessa Amazônia s/n  
 Águas Belas/PE - CEP: 54.540-000  
 CNPJ: 11.285.391/0001-9

fone: (87) 3775-2721

*14.11.2019*





## LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO (AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: JOSE DE SOUZA FILHO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MEIORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RÉTORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABALDO.

CID-10: S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DATA DE INTERNAMENTO: 06/10/2019

DATA DA CIRURGIA: 10/10/2019

DATA DE ALTA: 12/10/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 24/10/2019 HORÁRIO: 07:00

MÉDICO ASSISTENTE: DR. HERMÉS WAGNER

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 12 DE OUTUBRO DE 2019

Dr. Elder Carvalho  
Ortopedia  
CRM - PE 22023

MÉDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - [www.hmjpe.org](http://www.hmjpe.org)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Num. 69564002 - Pág. 21



## LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO (AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: JOSE DE SOUZA FILHO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR, APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFÄSTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO, PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PRÓXIMAL DA TIBIA

DATA DE INTERNAMENTO: 06/10/2019

DATA DA CIRURGIA: 10/10/2019

DATA DE ALTA: 12/10/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 24/10/2019 HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. HERMÈS WAGNER

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 12 DE OUTUBRO DE 2019

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Dr. Elder Carvalho  
Ortopedia  
CRM/PE 22023

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - [www.hmjpe.org](http://www.hmjpe.org)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Num. 69564002 - Pág. 22



### Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO	
CRM: 22023	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 12/10/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Dr. Elder Carvalho  
Ortopedia  
CRM - PE 22023

Identificação do Paciente	
Nome: JOSE DE SOUZA FILHO	
Endereço: PRIMEIRA TRAVESSA SAO JOAO, COMUNITARY, CEP: 55340000, Nº 21, AGUAS BELAS - PE	
Prescrição: NOVOTRAM 100mg - 02 CAIXAS	
TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 12H EM CASO DE DOR MODERADA Á FORTE.	

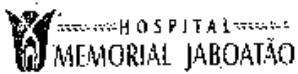
Identificação do Comprador		
Nome:		RG:
		Org. emissor:
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor		
Data: / /		
Ass. do Farmacêutico		

Av. General Manoel Rabelo - Nº 126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org





### Recetário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO	
CRM: 22023	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482-9888	

DATA: 12/10/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Dr. Elder Carvalho  
Ortopedia  
CRM-PE 22023

Identificação do Paciente	
Nome: JOSE DE SOUZA FILHO	
Endereço: PRIMEIRA TRAVESSA SAO JOAO, COMUNATY, CEP: 55340000, Nº 21, AGUAS BELAS - PE	
Prescrito: NOVOTRAN 100mg - 02 CAIXAS TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 12H EM CASO DE DOR MODERADA-A-FORTÍE.	

Identificação do Comprador		
Nome:		RG:
		Órg. emissor:
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor		
Data: / /		
Ass. do Farmacêutico		

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - [www.hmjpe.org](http://www.hmjpe.org)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Num. 69564002 - Pág. 24

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSÉ DE SOUZA FILHO

USO-ORAL

1. PARACETAMOL 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR  
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. XARELTO 10mg ----- 45 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMPRIMIDO APÓS ALMOÇO POR 45 DIAS
4. CEPALEXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

DATA: 12/10/2019

Dr. Elder Gervaldo  
Ortopedista  
CRM-PE 22023

ASSINATURA E CÁRIMBO

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - [www.hmjpe.org](http://www.hmjpe.org)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Num. 69564002 - Pág. 25



## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSE DE SOUZA FILHO

USO ORAL.

1. PARACETAMOL 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01-COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR  
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. XARELTO 10mg ----- 45 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMPRIMIDO APÓS ALMOÇO POR 45 DIAS
4. CEFALEXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

DATA: 12/10/2019

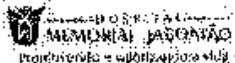
Dr. Elder Carvalho  
Ortopedia  
CRM - PE 22023  
ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000  
TELEFONE: 3482-9888 - [www.hmjpe.org](http://www.hmjpe.org)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Num. 69564002 - Pág. 26



## RECEITUÁRIO

NOME: JOSE DE SOUZA FILHO

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

( 20 SESSÕES)

CID\_10:

- |   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 542.0            | <input type="checkbox"/> 562.4            | <input type="checkbox"/> 582.2 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 542.2 | <input type="checkbox"/> 572.9            | <input type="checkbox"/> 692.9 |
| <input type="checkbox"/> 542.3            | <input type="checkbox"/> 572.0            | <input type="checkbox"/> 692.6 |
| <input type="checkbox"/> 542.4            | <input type="checkbox"/> 582.0            | <input type="checkbox"/> 692.5 |
| <input type="checkbox"/> 552.5            | <input checked="" type="checkbox"/> 582.1 | <input type="checkbox"/> 692.0 |

ENCAMINHAR - SE AO POSTO DE SAÚDE PRÓXIMO AO DOMICÍLIO OU ÓRGÃO RESPONSÁVEL  
PARA MARCAR CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA.

DATA: 24/10/2019

Médico: LEONNARDO COSTA ALVES DE OLIVEIRA

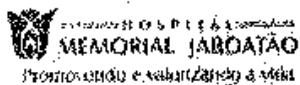
CRM x 23550

Av. General Manoel Ribeiro - N°126 - Centro - Itaberaízinho - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 26160-000  
TELEFONE: 3483-8888 - [www.hmjpa.org](http://www.hmjpa.org)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Num. 69564002 - Pág. 27



Usuário: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA  
Data: 24/10/2019 08:38:36  
Hora: 08:38

### Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: JOSE DE SOUZA FILHO

Pontuário: 776055

Atendimento: 249920

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Idade: 69 Anos, 2 Meses e 17 Dias

Sexo: Masculino

Médico: HERMÉS WAGNER

Dia: *Quinta* Hora: 07:00

Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios, mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.

Procedimento a ser realizado:

RAIOS X JOELHO - A.P. - LATERAL - ESQUERDO

Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório para marcar a consulta.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 24 DE OUTUBRO DE 2019

*Leonardo Costa*  
CRM: 23550  
Médico

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Av. General Manoel Ribeiro, 40126 - Canto - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000  
TELEFONE: 3482-9666 - [www.hmjpe.org](http://www.hmjpe.org)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Num. 69564002 - Pág. 28

José de Souza filho,  
Sexo:Masc.  
Data de nascimento:07/08/1950  
ID:776035.....

Data de aquis.:24/10/2019  
Hora de aquis.:09:32:37  
Sex:Mas.  
Data de nascimento:07/08/1950  
Índice de exp.:1446  
ID:776035.....

Data de aquis.:24/10/2019  
Hora de aquis.:09:32:37  
Sex:Mas.  
Data de nascimento:07/08/1950  
Índice de exp.:1446  
ID:776035.....

Data de aquis.:24/10/2019  
Hora de aquis.:09:32:37  
Sex:Mas.  
Data de nascimento:07/08/1950  
Índice de exp.:1446  
ID:776035.....

12cm

12cm

JOELHO

P

t-4/095 L 2048

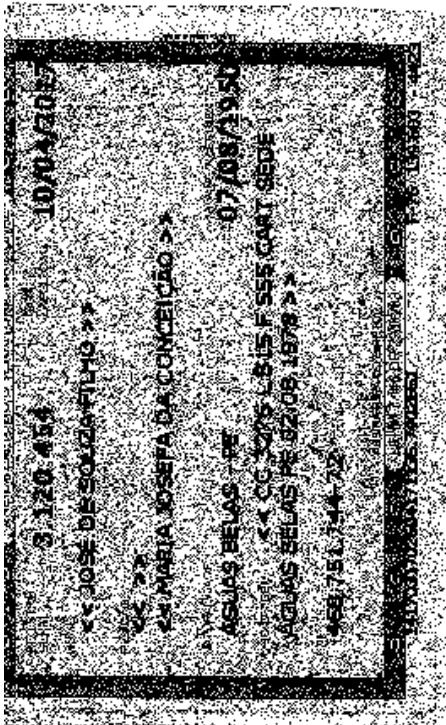
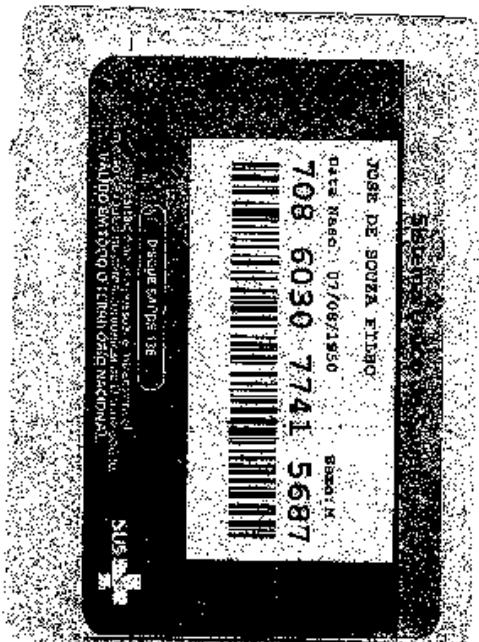
lida técnico admin.

Escala:0.0

AP  
Wt. 3027; L 1322

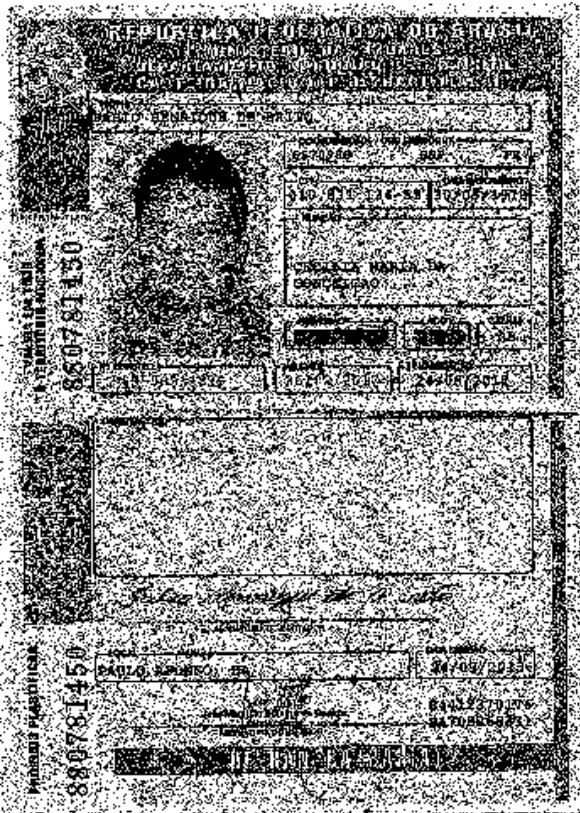
Escala:0.0





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/10/2020 14:30:35  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101514303553200000068214447>  
Número do documento: 20101514303553200000068214447

Num. 69564002 - Pág. 30



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200053251 Cidade: Águas Belas Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE DE SOUZA FILHO Data do acidente: 03/10/2019 Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

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

Data da análise: 03/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.  
(P2,10,11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: (P11)CONFORME LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DATA 28/01/2020.

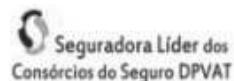
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 joelho	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-0445928/19

**Vítima:** JOSE DE SOUZA FILHO

**CPF:** 468.751.744-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/10/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE SOUZA FILHO

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### FABIO HENRIQUE DE BRITO : 030.831.134-55

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

#### JOSE DE SOUZA FILHO : 468.751.744-72

- 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: 11/12/2019  
Nome: FABIO HENRIQUE DE BRITO  
CPF: 030.831.134-55

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

FABIO HENRIQUE DE BRITO

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante

Eu, Morézio de Souza Filho, brasileiro(a)  
Estado Civil: Casado, na profissão Agricultor e  
Portador do RG Nº 3.120.494 e inscrito no CPF Nº 468.751.744-72  
Residente na rua 771 São João 21 Centro  
Na cidade de Ribeirão Belo, Estado de PE  
CEP. 55340-000, Telefone, (87) 99959-0416.

Outorgado

Fábio Henrique de Brito, Portador do RG nº 6570986 inscrito no CPF nº 030.831.134-95, situado no endereço: Rua Major Otávio, nº 50, bairro: centro, Estado de Pernambuco CEP: 55340-000.  
Eu OUTORGANTE Qualifico o OUTORGADO acima para representar-me  
Perante a SEGURADORA LÍDER DPVAT e suas respectivas consórciadas  
E a SUSEP, a fim de encaminhar o meu pedido de indexação referente ao seguro.  
Obrigatório DPVAT, concedendo ao OUTORGADO poderes para assinar,  
Enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto a essa  
Seguradora, incluindo receber correspondências, solicitar informações.  
Por escrito ou telefone, marcar perícia médica e/ou reagendamento, pode.  
Substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direitos permitidos para  
o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.  
A fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT da

Vítima:

\*Morézio de Souza Filho

CPF: 468.751.744-72

Data do Acidente: 03 / 10 / 2019

Local Ribeirão Belo/PE 25/11 de 2019

digital da vítima/ Outorgante

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

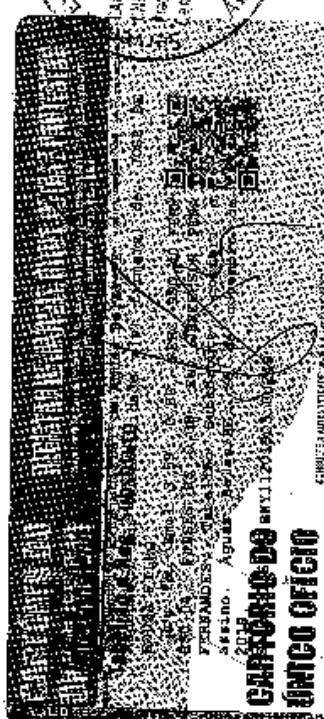


### TESTEMUNHAS

Assinatura  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro todas as assinaturas)



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

## Outro parte

Eu, Moré de Seabra Filho, brasileiro(a)  
Estado Civil: Casado, na profissão Agrônomo e  
Portador do RG N° 3.120.494 e inscrito no CPF N° 468.751.744-72  
Residente na rua 47 V 1 São Roque 21, Centro  
Na cidade de Recife Belo, Estado de PE  
CEP 55340-000, Telefone, (81) 2999-5990/462

**Cutorgado**  
Fabio Henrique de Brito, Portador do RG nº: 6570986 inscrito no CPF nº.030.831.134-95, situado no endereço: Rua Major Otávio, nº 50, bairro: centro , Estado de Pernambuco CEP: 55340-000.  
Eu CUTORGANTE Qualifico o CUTORGADO acima para representar-me  
Perante a SEGURADORA LÍDER DPVAT e suas respectivas consorciadas  
E a SUSEP, a fim de encaminhar o meu pedido de indenização referente ao seguro.  
Obrigatório DPVAT, concedendo ao CUTORGADO poderes para assinar,  
Enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto a essa  
Seguradora, incluindo receber correspondências, solicitar informações.  
Por escrito ou telefone, marcar perícia médica e/ ou reagendamento, pode.  
Substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direitos permitidos para  
o fiel e perfeito cumprimento deste mandato.  
A fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT da

Vítima: \*rose de souza Ferreira  
CPF: 468.756.744-73 Data do Acidente: 03 / 10 / 2019

Local Agency Billing File 25/11 as of 2019

(\*) Assinatura de quem assina A RGCC

digital de víctimas / [www.bejaz.com](#)

Name: \_\_\_\_\_  
CFS: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

### Assinatura.

Name: \_\_\_\_\_

COP.

---

#### **Assinatura**

• 3 JUN 2002

521

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro todas as assinaturas)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044083/20

**Vítima:** JOSE DE SOUZA FILHO

**CPF:** 468.751.744-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/10/2019

**Titular do CPF:** JOSE DE SOUZA FILHO

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### FABIO HENRIQUE DE BRITO : 030.831.134-55

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

#### JOSE DE SOUZA FILHO : 468.751.744-72

- 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: 31/01/2020  
Nome: FABIO HENRIQUE DE BRITO  
CPF: 030.831.134-55

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

FABIO HENRIQUE DE BRITO

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

