



Número: **0059123-91.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ALEXANDRE DA SILVA (AUTOR)		FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71157280	17/11/2020 16:34	ANEXO 1	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, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200140894

Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Data do Acidente: 17/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15688026

Pag. 00261/00262 - carta_01 - INVALIDEZ

00020131





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, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200140894

Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Data do Acidente: 17/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004738

Conta: 0000012365-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

04137125406

Carlos Alexandre da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Carlos Alexandre da Silva

04137125406

Porteiro

Avenida Floresta

928

Alto Sol nascente

Olinda

PE

53200-100

alexandre.silva.0874@gmail.com

(81) 984610699

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4738 013 CONTA: 00012365 5

(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 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 do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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 civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Olinda, 06 de Abril de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



Boletim de Ocorrência

Boletim de ocorrência



File:///C:/Users/Policia Civil/infopol-5.0.9/xml/B...



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0106000647

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/03/2020 às
16:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)
que aconteceu no dia 17/12/2019 às 20:10

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOSE OSORIO, 1** - Bairro: **MADALENA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **50610-280**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
CARLOS ALEXANDRE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

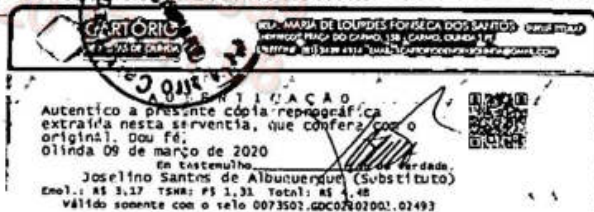
CARLOS ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:
VERA LUCIA DA SILVA Pai: **JOAO JERONIMO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/8/1979**
Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5772678/SDS/PE (RG)**,
04137126406 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão:
VIGILANTE Telefones Celulares:
- **884610899**

Residência: **AV. FLORESTA, N 926, AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO**
/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA 1 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS ALEXANDRE**
DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR** Objeto apreendido: **NÃO**



ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 17:41:08

EM BRANCO



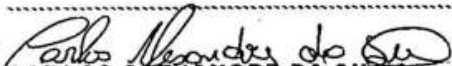
Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol-5.0.9/xml/B...

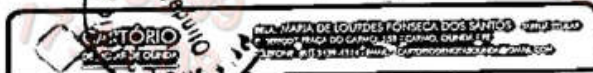
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Place: **PGS8149 (PERNAMBUCO/OLINDA)**Descrição: **XR 300****MOTOCICLETA 2 (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objetoapreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)****Complemento / Observação**

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA 1, E AO CHEGAR NA RUA JOSÉ OSÓRIO NAS IMEDIAÇÕES DO CARTÓRIO DE IMOVEIS, QUANDO ESTAVA PARADO NA TRANSVERSAL, A MOTOCICLETA 2 QUE VEIO CORTANDO OS VEÍCULOS ACABOU COLIDINDO COM A MOTOCICLETA 1, A VÍTIMA FORA SOCORRIDA PELO SAMU E CONDUZIDO PARA A UPA DA CAXANGÁ E, POSTERIORMENTE PARA O HGV.

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


CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **SILVANO PEREIRA SOARES** - Matrícula: **3848638**
(Liberado em 05/03/2020 às 16:46)



ATICAÇÃO
Autentico a presente cópia retrográfica
extraída nesta serventia, que confere com o
original. Dou Fé:
Olinda 10 de março de 2020
Em testemunho
Claudio Santos Oliveira (Escrivente Autorizado)
Escr.: RJ 3.17 TSM: RJ 1.31 Total: RJ 4.48
Válida somente com o selo 0077502.VLC02207002.02695



ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:41:08

EM BRANCO

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:41:08

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:41:08



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200140894 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA LUXAÇÃO DOS OSSOS DO PÉ DIREITO. NÃO INFORMA QUAL OSSO ACOMETIDO.
SÍNDROME COMPARTIMENTAL DE PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 04137125406 3 - CPF da vítima: 04137125406 4 - Nome completo da vítima: Carlos Alexandre da Silva

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

5 - Nome completo: Carlos Alexandre da Silva 6 - CPF: 04137125406
7 - Profissão: Porteiro 8 - Endereço: Avenida Floresta 9 - Número: 928 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alto Sol nascente 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53200-100
15 - E-mail: alexandre.silva.0874@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 984610699

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4738 013 CONTA: 00012365 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a 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 do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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 civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Olinda, 06 de Abril de 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019

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:	17/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04738

CONTA: 000000012365-5

Nr. da Autenticação 4E626B81BE9CEEAE



Hipercard



PC-00

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
AV FLORESTA 928
CASA - AT SOL NASCENTE
53200-100 OLINDA - PE



270220

Fechamento próxima fatura: 27/03/2020

Postagem: 27/02/2020

Vencimento: 08/03/2020

Emissão: 27/02/2020

Titular **CARLOS ALEXANDRE DA SILVA**
Cartão **5283.XXXX.XXXX.5430**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento	A) pagamento total	B) pagamento mínimo	C) parcelas fixas
08/03/2020	239,51	35,93	26,78 +23x 26,78

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.210,00
Limite utilizado no mês	239,51
Retirada de recursos País(saque)	60,00
Retirada de recursos Exterior(saque)	210,00

Caso você não pague a fatura integralmente, haverá cobrança de juros sobre as novas compras a partir da data de sua realização até o pagamento total da fatura. Somente as compras lançadas após o pagamento integral da fatura não terão incidência de juros.

☐ Compra presencial com o uso do cartão e senha.

Veja outras opções na 2ª folha

Lançamentos: compras e saques

CARLOS A SILVA (final 9180)		
DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
28/01	PLANO DI	49,97
	RIO DE JANEIRO	
Lançamentos no cartão (final 9180)		49,97

CARLOS A SILVA (final 5430)		
DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
18/01	CENTAURIO 100	70,03
	RECIFE	
18/01	CENTAURIO 100	-0,16
	RECIFE	
01/02	FARMACIA H TRABALHADOR	19,98
	RECIFE	
07/02	MERCADOPAGO *LPREL01/02	72,87
18/02	PAG*PanificadoraFlore	21,32
	OLINDA	

Continua...

	Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75439 02843.552049 00173.090002 2 000		recibo do pagador
	Número do Documento	00143028435/0157158	Nosso Número
	Nome do Pagador/CPF/CNPJ	CARLOS ALEXANDRE DA SILVA - 041.371.254-06	175/43028435-5
	Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ	HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69	Valor do Documento
	Endereço do Beneficiário	PÇA ALFREDO EGYDIO DE S. ARANHA, 100, TOS 7ª A, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP	R\$ 239,51
		Vencimento	08/03/2020
			Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75439 02843.552049 00173.090002 2 000		
Local de Pagamento				Data de Vencimento	
Pague sua fatura nos caixas do Grupo Big, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.				08/03/2020	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço				Aplicação / Código Beneficiário	
HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69 PÇA ALFREDO EGYDIO DE S. ARANHA, 100, TOS 7ª A, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP				2040/01730-9	
Data do Documento	Número do Documento	Espécie DOC.	Anexo	Data do Processamento	Nosso Número
08/03/2020	00143028435/0157158	FT	N	27/02/2020	175/43028435-5
Use do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
175		R\$			R\$ 239,51
Instruções de responsabilidade do beneficiário.					(-) Descontos / Abatimentos
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". De preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em: Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.					(-) Juros / Multa
					(=) Valor Pago
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP					
CARLOS ALEXANDRE DA SILVA - 041.371.254-06 AV FLORESTA 928 - 53200-100 OLINDA - PE - CASA - AT SOL NASCENTE					
Sacador Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





CARLOS ALEXANDRE DA SILVA		01139347	700002287149
810281	MASCULINO	40a 5m 15d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Documentação médico - hospitalar



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HD: FRATURA FECHADA DE FEMUR DIREITO + FRATURA-LUXAÇÃO DE OSSOS DO PÉ DIREITO + SIND COMPARTIMENTAL DE PÉ D
PACIENTE EVOLUI BEM E SEM QUEIXAS.

Tratamento:

18/12/2019: TTT CIRURGICO DE FRATURA FECHADA DE FEMUR DIREITO + FRATURA-LUXAÇÃO DE OSSOS DO PÉ DIREITO + SIND COMPARTIMENTAL DE PÉ D
PACIENTE DE ALTA DO GRUPO DO PÉ
13/01/2020: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + APOSIÇÃO DE TRACÃO TRANSTIBIAL
20/01/2020: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO

OBS:

ALTA HOSPITALAR
RETORNO AO AMBULATORIO DE DR ARTHUR EM 15 DIAS
ATB E ANALGESIA
CARGA ZERO

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
17/12/2019	04/02/2020

Recife, 04 DE FEVEREIRO DE 2020

Dr. Emanoel Costa
Médico
CRM 27967

EMMANUEL COSTA MACIEL - CRM: Nº.27967

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		NOME DA UNIDADE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CGC Nº: 10.572.048/0005-51 (03 vias)	
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH			
CARTÃO SUS:		SENHA:	
NOME DO PACIENTE:			
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	Nº DO REGISTRO:	
NOME DA MÃE:			
ENDEREÇO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:		UF:	CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA:			
EXAME FÍSICO:			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			
PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO	
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE		CARATER DA INTERNAÇÃO	
DATA: ____/____/____		DATA: ____/____/____	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE:			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ENCAMINHAMENTO		DATA DO ENCAMINHAMENTO	
Avenida General San Martín s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP 50.690-050 Fone: 0XX81.31848100			
HGV.1024.V.1.2013.			





PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	026.02.2020
DATA	27.02.2020

Atendendo ao requerimento da Sra. **ELIANE ROSA MARTINS DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5624967** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **028.307.214-89**, e declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-723154**, que no dia 17 de dezembro de 2019 o paciente Sr. **CARLOS ALEXANDRE DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **5772678** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **041.371.254-06**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 20h10, na Rua José Osório, imediações entre o Cartório Imóveis e a Teixeira Veículos, no bairro Madalena, Recife/PE, sendo conduzido para a UPA Caxangá e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Getúlio Vargas.

Recife, 27 de fevereiro de 2020.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



ASL-0090749/20
maria.rodrigues.3999
06/04/2020 13:43:58
Documentos de identificação

Documentos de identificação



REPÚBLICA DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SEGURANÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CARRA DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME CARLOS ALEXANDRE DA SILVA			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1487614747	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UT 87108 MT PE		
	CPF 041.371.254-06		DATA NASCIMENTO 21/08/1979
	FILIAÇÃO JOAO JERONIMO DA SILVA		
	VERA LUCIA DA SILVA		
	PERMISSÃO DEFENSIVAS		
N.º REGISTRO 05726775691		VALIDADE 08/11/2023	CAT. HAB. AN
OBSERVAÇÕES RAR CHVF			
			
LOCAL RECIFE, PE		DATA EMISSÃO 09/11/2017	
Assinatura do Portador Carlos Alexandre Sousa Ribeiro Diretor Presidente		05862506156 PE082436586	
ASSINATURA DO EMISSOR PERNAMBUCO			
PROIBIDO PLASTIFICAR 1487614747		1487614747	





ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:44:14

ASL-0090749/20
maria.rodriques.3999
06/04/2020 17:44:14



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014801457483	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAL	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	566564475	*****	2019
NOME			
CARLOS ALIXANDRE DA SILVA			
CIDADE - PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
041.371.254-06		PGS5140	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** / PE		9C2ED1120DR001381	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA		ALCO / GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / XRE 300		2013	2013
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2F / 291CL	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2019 QUITADO		1. *****	
FADCA I.P.V.A.		2. *****	
1		3. *****	
PARCELAMENTO / COTAS			

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.32	84.58	21/02/19
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOCAL		DATA	
OLINDA		22/02/19	
ROBERTO CARLOS MOREIRA FONTELLES			
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE			



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109901/20

Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 041.371.254-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA : 041.371.254-06

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: 07/04/2020
Nome: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 041.371.254-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109901/20

Número do Sinistro: 3200140894

Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 041.371.254-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/09/2020
Nome: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 041.371.254-06

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2020
Nome: Fabiana Lucia Duarte Rosa Pereira
CPF: 089.616.657-07

Fabiana Lucia Duarte Rosa Pereira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109901/20

Vítima: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 041.371.254-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA : 041.371.254-06

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: 07/04/2020
Nome: CARLOS ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 041.371.254-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

CARLOS ALEXANDRE DA SILVA

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges

