



Número: **0069983-54.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARCONE SILVA DE MELO (AUTOR)</b>	<b>Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71674 409	26/11/2020 17:07	<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: 3200050373**      **Vítima: MARCONE SILVA DE MELO**

**Data do Acidente: 01/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA**

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

**Senhor(a), MARCONE SILVA DE MELO**

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 15459688

Pag. 00443/00444 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020222



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:07:56  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617075653700000070270479>  
Número do documento: 20112617075653700000070270479

Num. 71674409 - 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, 07 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200050373**      **Vítima: MARCONE SILVA DE MELO**

**Data do Acidente: 01/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARCONE SILVA DE MELO**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00453/00454 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15482678



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:07:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617075653700000070270479>  
Número do documento: 20112617075653700000070270479

Num. 71674409 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Scocha(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	078567954-50	MARCO SILVA DE MELLO		

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PARCA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CRONLAR SUSP AR-46/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - Fazenda:			16 - IEDD:
			08198572-8935

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:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	---	---

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POF PAMEA (sómente para os bancos abertos. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (só banco aberto)
--	---

<input type="checkbox"/> Bradesco (291)	<input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (031)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 8310	CONTA: 40102	Agência: _____	CONTA: _____	Informar o dígito se existir	Informar o dígito se existir	Informar o dígito se existir
---------------	--------------	----------------	--------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorize a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reembolsando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE MÍSCÉNCIA 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 5.194/74), 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 preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica da renda da acidente de trânsito e avaliação médica, caso ocorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DADOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro,  Casado (no civil),  Divorciado,  Separado judicialmente,  Vôo,  Óbito

24 - Data da morte da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de parentesco com a vítima:  Filho,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

26 - Vítima:  Sim,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima:  Sim,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

29 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

30 - Vítima:  Sim,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

31 - Vítima:  Sim,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

32 - Vítima:  Sim,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

33 - Vítima:  Sim,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

34 - Vítima:  Sim,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

35 - Vítima:  Sim,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

36 - Vítima:  Sim,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

37 - Vítima:  Sim,  Não,  Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

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 Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

10/2020

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

53 - Assinatura do Procurador (se houver)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

65 - Assinatura do Procurador (se houver)

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

69 - Assinatura do Procurador (se houver)

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

71 - Assinatura do Procurador (se houver)

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

77 - Assinatura do Procurador (se houver)

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

79 - Assinatura do Procurador (se houver)

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

81 - Assinatura do Procurador (se houver)

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

83 - Assinatura do Procurador (se houver)

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

85 - Assinatura do Procurador (se houver)

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

87 - Assinatura do Procurador (se houver)

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

89 - Assinatura do Procurador (se houver)

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

91 - Assinatura do Procurador (se houver)

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

93 - Assinatura do Procurador (se houver)

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

95 - Assinatura do Procurador (se houver)

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

97 - Assinatura do Procurador (se houver)

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

99 - Assinatura do Procurador (se houver)

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 - Assinatura do Procurador (se houver)

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

103 - Assinatura do Procurador (se houver)

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

105 - Assinatura do Procurador (se houver)

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

107 - Assinatura do Procurador (se houver)

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

109 - Assinatura do Procurador (se houver)

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

111 - Assinatura do Procurador (se houver)

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

113 - Assinatura do Procurador (se houver)

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

115 - Assinatura do Procurador (se houver)

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

117 - Assinatura do Procurador (se houver)

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

119 - Assinatura do Procurador (se houver)

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

121 - Assinatura do Procurador (se houver)

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

123 - Assinatura do Procurador (se houver)

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

125 - Assinatura do Procurador (se houver)

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

127 - Assinatura do Procurador (se houver)

128 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

129 - Assinatura do Procurador (se houver)

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

131 - Assinatura do Procurador (se houver)

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

133 - Assinatura do Procurador (se houver)

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

135 - Assinatura do Procurador (se houver)

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

137 - Assinatura do Procurador (se houver)

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

139 - Assinatura do Procurador (se houver)

140 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

141 - Assinatura do Procurador (se houver)

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

143 - Assinatura do Procurador (se houver)

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

145 - Assinatura do Procurador (se houver)

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

147 - Assinatura do Procurador (se houver)

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

149 - Assinatura do Procurador (se houver)

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

151 - Assinatura do Procurador (se houver)

152 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

153 - Assinatura do Procurador (se houver)

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

155 - Assinatura do Procurador (se houver)

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

157 - Assinatura do Procurador (se houver)

158 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

159 - Assinatura do Procurador (se houver)

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

161 - Assinatura do Procurador (se houver)

162 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

163 - Assinatura do Procurador (se houver)

164 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

165 - Assinatura do Procurador (se houver)

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

167 - Assinatura do Procurador (se houver)

168 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

169 - Assinatura do Procurador (se houver)

170 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

171 - Assinatura do Procurador (se houver)

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

173 - Assinatura do Procurador (se houver)

174 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

175 - Assinatura do Procurador (se houver)

176 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

177 - Assinatura do Procurador (se houver)

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

179 - Assinatura do Procurador (se houver)

180 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

181 - Assinatura do Procurador (se houver)

182 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

183 - Assinatura do Procurador (se houver)

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

185 - Assinatura do Procurador (se houver)

186 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

187 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENR 575324

0041863/20



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ºCIRC  
 DIM/7ºDESEC

PMMS 575331

0042139/1

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0114000739

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2020 às 11:42**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 1/11/2019 às 15:16**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SERRITA, 01, RUA MANOEL REGUEIRA** - Bairro: **BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53030-150**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**PREJUDICADO ( AUTOR / AGENTE )**  
**JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA ( OUTRO )**  
**MARCONE SILVA DE MELO ( VÍTIMA )**

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

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONE SILVA DE MELO**

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

**MARCONE SILVA DE MELO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA** Pai: **MARCOS AURELIO DE MELO** Data de Nascimento: **27/8/1987** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7891766/SD9/PE (RG), 07856795450 (CPF)** Profissão: **ATENDENTE** Telefones Celulares: **- 81987707861**

Endereço Residencial: **RUA JOAO GALHARDO, 142, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS VELOSO DA SILVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONE SILVA DE MELO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **1,000 (UNIDADE)** Valor Unitário: **(REAL)** Valor Total: **(REAL)**

Placa: **PDP9861 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Descrição: **CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE**

22/01/2020 1



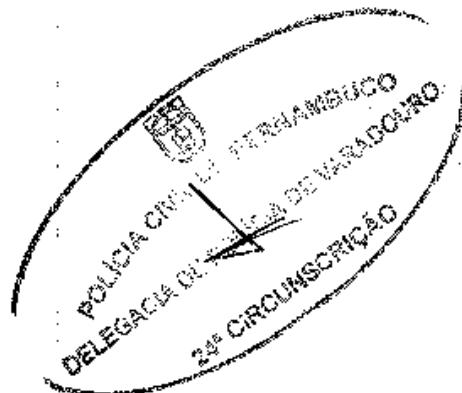
Complemento / Observação

**CONPARECEU A ESTA DP O SENHOR MARCONE SILVA DE MELO, QUEIXANDO QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRANSITO. ALEGA O QUEIXOSO QUE TRANSITAVA COM O CICLOMOTOR I /SHINERAY XY 50 Q, PLACA PDP9861, COR VERDE, PELA AVENIDA MANOEL REGUEIRA, BULTRINS, OLINDA/PE, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A DESLIZAR E DERRAPAR NO CHÃO, DEVIDO A CASCALHO NA VIA, CAINDO AO CHÃO, SOFRENDO UMA FRATURA NA TIBIA E FIBULA. ALEGA O QUEIXOSO QUE FOI SOCRRIDO PELOS BOMBEIROS ( CERTIDÃO 2019APH001415 DIV.OP ) PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES , PRONTUARIO 130936, CNE 6431569.**

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

*marcone silva de melo*  
MARCONE SILVA DE MELO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5  
(Liberado em 22/01/2020 às 12:02)



22/01/2020 12:02



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:07:56  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617075653700000070270479>  
Número do documento: 20112617075653700000070270479

Num. 71674409 - Pág. 5



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Scocha(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	078567954-50	MARCO SILVA DE MELLO		

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PARCA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CRONLAR SUSP AR-65/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - Fazenda:			16 - IEDD:
			08198572-8935

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:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
-----------------------	---	---

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POF (PAMEA) (selecionar para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (selecionar)
<input type="checkbox"/> Bradesco (291)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (031)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 8310	CONTA: 40102	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)			

Autorize a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reembolsando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE MÍSCÉNCIA 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 5.194/74), 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 preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação médica apresentada, sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica da renda da acidente de trânsito e avaliação médica, caso ocorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE DADOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Vôo	24 - Data da morte da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companionável:	27 - Se a vítima deixou companionável, informar o nome completo:
---------------------------------------	-----------------------------------	--

28 - Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou herdeiros: <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou herdeiros: <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Falecidos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Falecidos	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por meio de laudos de verificação que se apresentarem e anexarem a esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá ensejar a configuração do delito de falsa testemunha, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
-------------------------------------	-------------------------------------

40 - Local e Data: _____	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____	42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____
--------------------------	--	--

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

1002/2019

TESTEMUNHA



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

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH001415 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). MARCONE SILVA DE MELO, 32 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7891766 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 078.567.954-50, residente à RUA JOAO GALHARDO, nº 142, CS, BULTRINS, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 01/11/2019, por volta das 15:16 hs, no endereço: RUA MANOEL REGUEIRA, S/N, BULTRINS OLINDA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA SHINERAY VERDE PDP9861-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) MARCONE SILVA DE MELO, inscrito sob o CPF nº 078.567.954-50 e Registro Geral nº 7891766, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707259-7 MICHELE. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 130938. Ficou aos cuidados do médico GUILHERME ANSELMO, registro 27749. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 21/01/2020

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

*<http://www.cbmpe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001415*

---

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

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



ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARCONE SILVA DE MELO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08310

CONTA: 000000040102-4

---

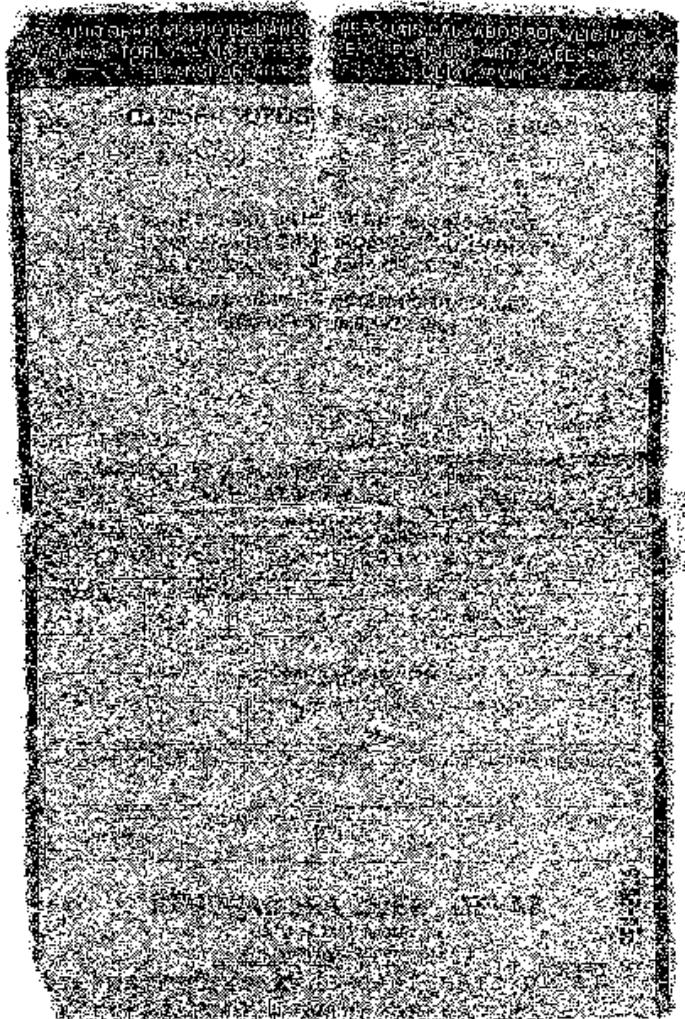
Autenticação:

823DA83AD83E480F7CCA5214C1C11E79004DF37D0946BFFD90FA0CB0B747EE22



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:07:56  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617075653700000070270479>  
Número do documento: 20112617075653700000070270479

Num. 71674409 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:07:56  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617075653700000070270479>  
Número do documento: 20112617075653700000070270479

Num. 71674409 - Pág. 9

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200050373      **Cidade:** Olinda      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCONE SILVA DE MELO      **Data do acidente:** 01/11/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 04/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P6 P12)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

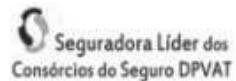
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:07:56  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617075653700000070270479>

Número do documento: 20112617075653700000070270479

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041863/20

**Vítima:** MARCONE SILVA DE MELO

**CPF:** 078.567.954-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/11/2019

**Titular do CPF:** MARCONE SILVA DE MELO

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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  
DUT  
Outros

#### IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

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

#### MARCONE SILVA DE MELO : 078.567.954-50

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 30/01/2020  
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA  
CPF: 065.793.954-43

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020  
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:07:56  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617075653700000070270479>

Número do documento: 20112617075653700000070270479

Num. 71674409 - Pág. 11

## Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Marcos Silveira de Melo

portador(a) do documento de identidade nº 7891766, expedido por SDS-PE, em

16/09/16, inscrito no CPF sob o nº 078567954-50, residente na

Rua São Luiz nº 142

complemento \_\_\_\_\_ Bairro BELTRIM, cidade

OLINDA, Estado PE

2. Outorgado Fábio José Soares da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 7042652, expedido por SDS-PE, em

15/11/16, inscrito no CPF sob o nº 065793954-43, residente na

estrada de São Pedro nº 170

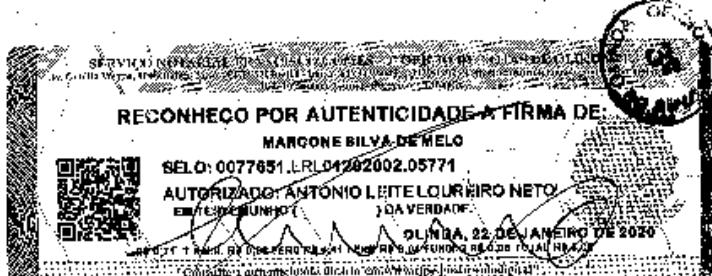
complemento \_\_\_\_\_ Bairro PIAÇA VERDE, cidade

Olinda, Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Olinda 22 de Janeiro de 2020

  
Outorgante Marcos Silveira de Melo



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041863/20

**Vítima:** MARCONE SILVA DE MELO

**CPF:** 078.567.954-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/11/2019

**Titular do CPF:** MARCONE SILVA DE MELO

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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  
DUT  
Outros

#### IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA : 065.793.954-43

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

#### MARCONE SILVA DE MELO : 078.567.954-50

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 30/01/2020  
Nome: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA  
CPF: 065.793.954-43

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:07:56  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617075653700000070270479>  
Número do documento: 20112617075653700000070270479

Num. 71674409 - Pág. 13