



Número: **0000383-93.2019.8.17.3580**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Vicência**

Última distribuição : **03/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NILTON BARBOSA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72337033	10/12/2020 15:33	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, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190110270

Vítima: JOSE NILTON BARBOSA

Data do Acidente: 20/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE NILTON BARBOSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01843/01844 - carta_03 - INVALIDEZ

00040922



Carta nº 13937635



503083
0043815/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALIANÇA -
DP48ªCIRC DINTER1/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0138000731**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/06/2018** às
09:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **20/06/2017** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ALIANÇA, 01 - Bairro: CENTRO -
ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **DESCENDO A
LADDEIRA DA UEMA, SENTIDO BR-408**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PREJUDICADO (AUTOR/AGENTE)
JOSE NILTON BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE NILTON BARBOSA

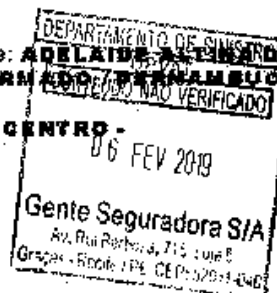
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JOSE NILTON BARBOSA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ADELAIDE
ALTINA DA CONCEIÇÃO Pat: ANDRE SEVERINO INACIO BARBOSA Data de Nascimento:
8/10/1988 Naturalidade: VIGENCIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4033610/SDS/PE
(RG), 06924136487 (CPF) Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefones Celulares:
- 81062502230**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VIGENCIA, 14, RUA DO CAMPO, USINA BARRA - CEP:
8 - Bairro: CENTRO - VIGENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL, NA MESMA RUA POR TRÁS DO
BARRACÃO.**

**PREJUDICADO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ADELAIDE ALTINA DA
CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 8/10/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO PERNAMBUCO /
BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VIGENCIA, - CEP: 8 - Bairro: CENTRO -
VIGENCIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



CG 125FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE NILTON BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE NILTON BARBOSA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KX12812** (PERNAMBUCO) JABOATÃO DOS GUARARAPES) Chassi: **9C2JG38787R141370**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007**

Complemento / Observação

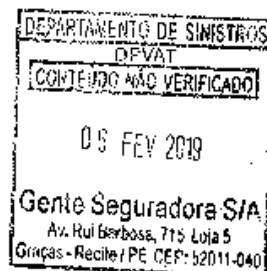
A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA DIRIGINDO SUA MOTOCICLETA QUANDO SE DESEQUILIBROU E CAIU, SOFRENDO LÊSÕES NO JOELHO, CONFORME LAUDO DO POSTO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO. SEM MAIS PARA O MOMENTO.

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

JOSE NILTON BARBOSA * *Jose Nilton Barbosa*
(VÍTIMA)

PREJUDICADO * *Jose Nilton Barbosa*
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **Paulo Ricardo Rodrigues Apolinário** - Matrícula: **2271816**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **650.241.254-82** Nome completo da vítima: **Jose Milton Barbosa**

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

Nome completo: **Jose Milton Barbosa** CPF: _____
 Profissão: **Receita** Endereço: **Rua do Campo** Número: **14** Complemento: _____
 Bairro: **Usina Barra** Cidade: **Guaraciá** Estado: **PE** CEP: **55850-000**
 E-mail: _____ Tel. (DDD): **(81) 9149-1433**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEMI RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (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: **0054** CONTA: **00010183** 3
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER 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 ressatar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: _____ CPF: _____

Assinaturas

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

06-FEV-2018

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

CEP: 50010-000

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

S.001 V001/2018



PREFEITURA DA
ALIANÇA
A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____
Nome: José Milton Barbosa Registro Nº: _____
Clínica: _____ Enfermeira: _____

Declaração Médica

Relato para devidos fins que o Sr. José Milton Barbosa, de 50 anos, sofreu queda de moto dia 28/09/2017 após sair de um passeio na estrada. Estava em uso de capacete. Não houve TCE (trauma crânio encefálico). No momento apresentava lesão isolada de continuidade intacta no joelho esquerdo. Realizamos os primeiros atendimentos, com limpeza adequada e sutura local, além de analgesia.



Dr. Fábio Gonçalves
Médico
CRM 22826

Loca: _____
Data: 01/11/18 MÉDICO - CRM / CRO



0097359/

501720205214029520



PREFEITURA DA
ALIANÇA
A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA MUNICIPAL DA ALIANÇA
Rua Marechal Deodoro, s/n - Aliança - PE - CEP 56.888 - 000
Fone: 3637.1340 / 3637-1388 / E-mail: unklademista2009@hotmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 195.482 Hora: 13-51 Recepcionista: Lidia

UNIDADE DE SAÚDE: _____		DISTRITO SANITÁRIO: _____		DATA: <u>20.09.11</u>
INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE OU ACOMPANHANTE:				
NOME: <u>JOSE NIXON BARBOSA</u>				
DATA DE NASCIMENTO: <u>08.10.68</u>		SEXO: ☒ M ☐ F ☐ IGNORADO	☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - AMARELA ☐ 3 - PRETA ☐ 4 - INDÍGINA ☐ 5 - PARDA	
ESTADO CIVIL: <u>CASADO</u>	ESCOLARIDADE: <u>L. RURAL</u>	PROFISSÃO: _____	RAÇA/COR: _____	
NOME DA MÃE: <u>ADELAIDE ALKINA DA CONCEIÇÃO</u>				
ENDEREÇO: <u>R. CAMPO. VILA</u>		Nº: _____	COMPL: _____	CEP: <u>5589600</u>
BAIRRO: <u>BARRA</u>		MUNICÍPIO: <u>VIOFECIA</u> UF: <u>PE</u>		
ACOMPANHANTE: _____				
PRECEDÊNCIA: <u>4º ALUG</u>		MEIO DE TRANSPORTE: <u>CARRO</u>		
HDA: <u>Paciente em moto após tentar desviar de buraco, sofreu queda. Estava com capacete. No momento com queixa de dor no joelho (enxerto) onde apresentou lesão de continuidade.</u>				
VACINAS ATUALIZADAS ☐ SIM ☐ NÃO				
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES OU AGRESSÃO				
ACIDENTE DE TRÂNSITO				
VEÍCULO AUTOMÓVEL ☐ ÔNIBUS ☐ MOTO ☐ OUTRO ☐ QUAL? ☐ IGNORADO				
FATOR DE PROTEÇÃO CINTO/CAPACETE ☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGNORADO				
MODO DE ATROPELAMENTO COLISÃO ☐ CAPOTAGEM ☐ OUTRO ☐ QUAL? ☐ IGNORADO				
INDO / VOLTANDO DO TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGNORADO				
ACIDENTE DO TRABALHO				
TIPO DE ACIDENTE: ☐ CONSTRUÇÃO CIVIL ☐ INDÚSTRIA ☐ AGRICULTURA ☐ COMÉRCIO ☐ QUAL? ☐ IGNORADO				
ENDEREÇO: _____ ☐ IGNORADO				
OUTRO TIPO DE ACIDENTE				
INDICAÇÃO ACIDENTAL ☐ QUEDA ACIDENTAL ☐ AFOGAMENTO ☐ QUEIMADURA ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTRO ☐ QUAL? ☐ IGNORADO				
AGRESSÃO				
POR ARMA DE FOGO ☐ ENFORCAMENTO ☐ DROGAS ☐ QUEDA DO NÍVEL ☐ QUAL? ☐ IGNORADO				
LOCAL DA OCORRÊNCIA				
VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ AMBIENTE DE TRABALHO ☐ ESCOLA ☐ OUTROS ☐ QUAL? ☐ IGNORADO				
OBSERVAÇÕES: <u>20/09/11 às 13:30 Paciente deu entrada na U.M.E. de Cent. em estado de choque, submeralístico, apresentando lesão de continuidade no joelho direito, com fratura exposta, hematomas no tórax e abdome.</u>				
EXAME FÍSICO:				
A) GERAL PESO: _____		ESTATURA: _____	TEMP: _____	C: _____
B) RESPIRATÓRIO: <u>HV+ em AHT, 1:RA. FR=20</u>				

RTAMENTO DE SINISTROS
OP VAI
INTERNO NÃO IDENTIFICADO

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 1000
Graciosa - PE

Marcos Lima de Oliveira
Enfermeiro
COREN - 444401





União Social da Energia Elétrica - Cade nº 10.439.452/04-000
ADTA 182536 - F. 10015 - C. 00154 DE BANCARIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. José do Santos, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51020-002
CNPJ 10.235.812/00-140 | Site: www.celpe.com.br

SALICHO CLIENTE
RAFAEL JUNIOR BARBOSA

ENDEREÇO DE VÍDEO CONSUMIDOR
RUA DO CAMPO 14

CPF 101 409 224 76

USINA BARNAVICENCIA
VICINIA PE
55850-000

CLASSIFICAÇÃO
2º RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MTR 01500

YANAGIYAMA
01540073

UNICA

23/07/2016

ARMANDO
20057010

UNICA

20/05/2016

7027163429 05/06/2018
05/06/2018 27/06/2018
48,62

Consumo (kWh)
Atividade e Unidade de Medida
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica
Consumo de Energia Elétrica

QUANTIDADE	Preço Unit.	VALOR
58,000000	0,7537503	43,80
		0,72
		0,08
		0,29
		0,64
		0,23
		0,16

TOTAL DA FATURA

48,62

RECEBIMOS DO DEBENTURADO DA RCTA S/A									
NUMERO DO RECIBO	VALOR DA PARCELA	DATA	VALOR DA PARCELA	VALOR	PERCENTUAL	PERCENTUAL	PERCENTUAL	PERCENTUAL	PERCENTUAL
00000000000000000000	00000000000000000000	00/00/0000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000



DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
SEÇÃO DE ECONOMIA DE FARIAS

CPF: 086.286.044-24

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA

TOTAL DA FATURA

PROD	TIPO DE FUNDADO	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS

PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROD	PROD	DATA	QUANTIDADE	VALOR	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de S. Gonçalves inscrito (a) no CPF 086.005.684-80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Milton Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.241.254/87, do sinistro de DPVAT cobertura Integral da vítima José Milton Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.241.254/87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

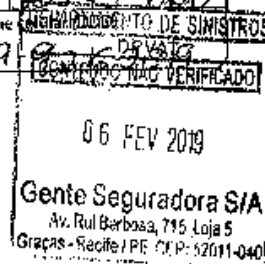
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

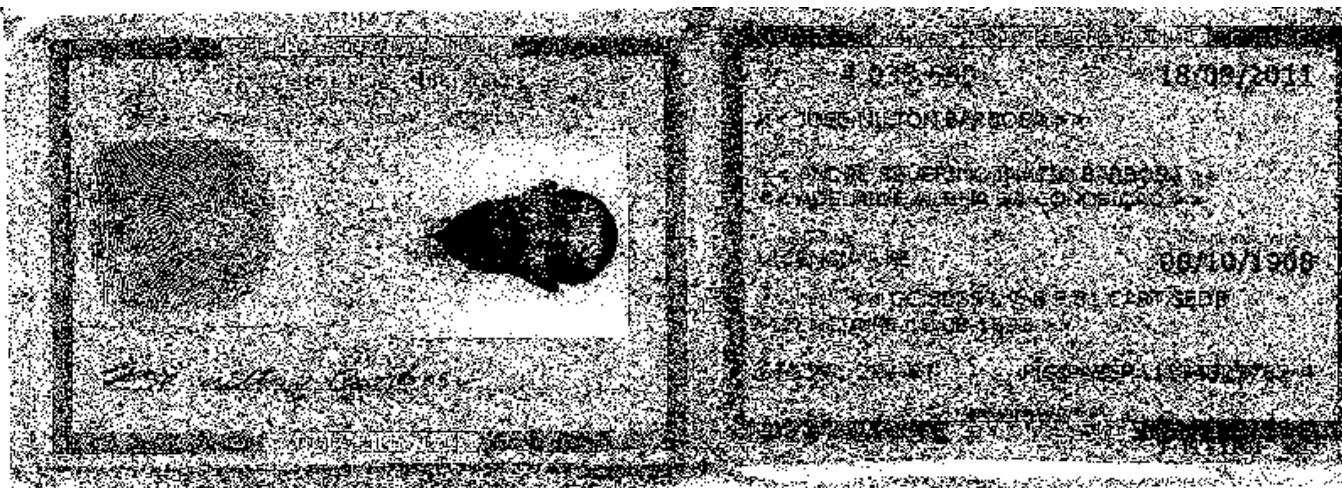
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
Rua José Emílio	14	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55845-000
Cidade	Telefone comercial(DDD)	Telefone
Brejo Cruz	81/ 9.9149-1433(81/9)	

Brejo Cruz 22 de Janeiro de 2019
Local e Data

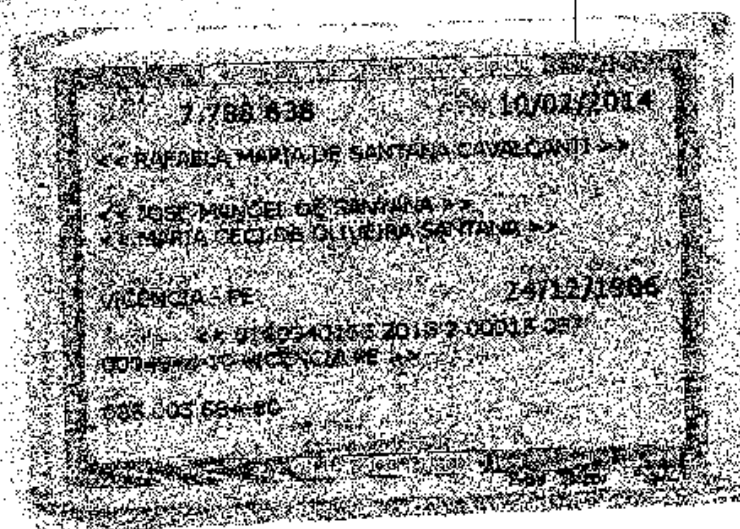
Rafaela Maria de S. Gonçalves
Assinatura do Declarante

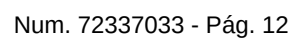
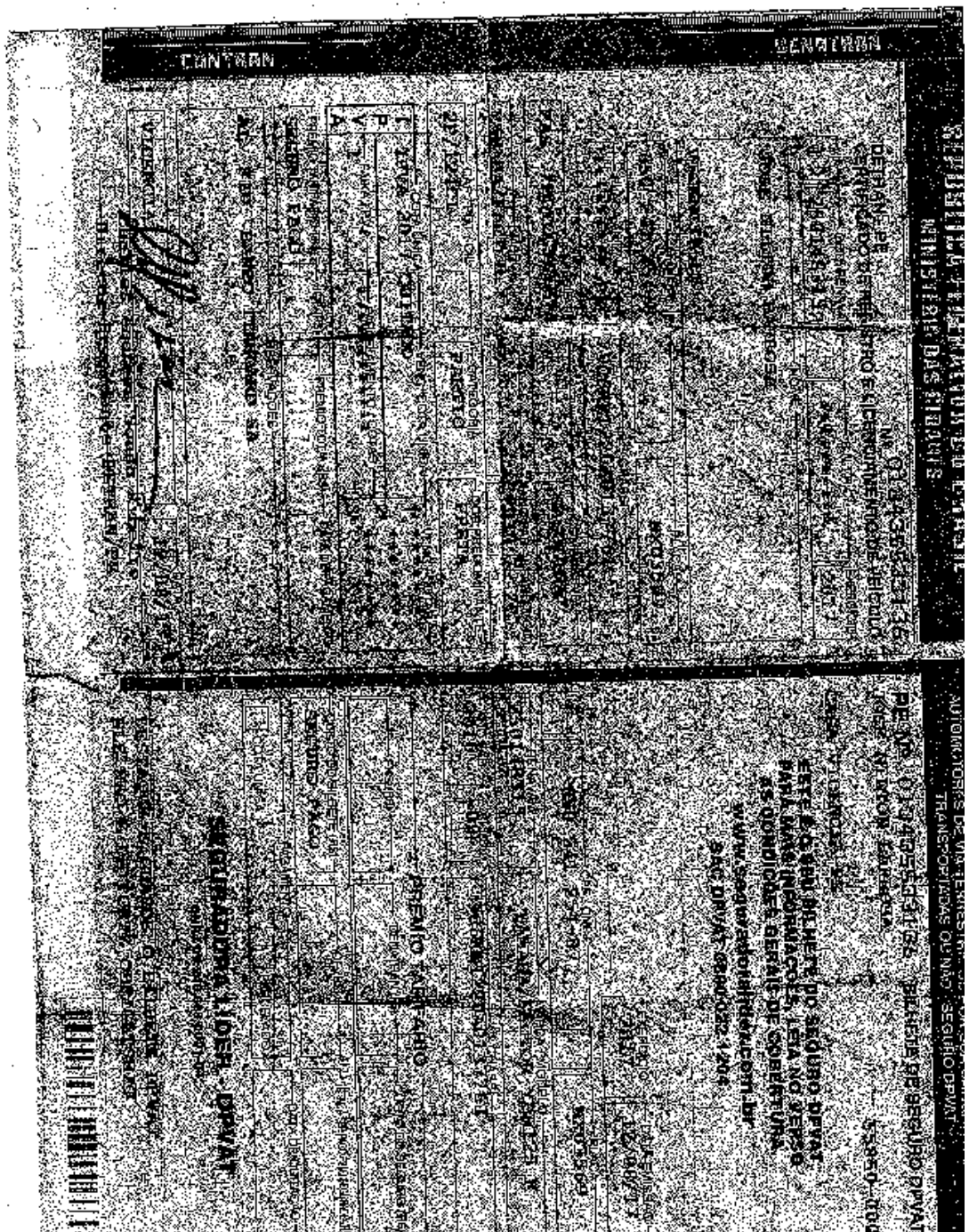




DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190110270 **Cidade:** Aliança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILTON BARBOSA **Data do acidente:** 20/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Nilton Barbosa, Portador do documento de identidade nº 4.033.660 expedido por SPS/PE, inscrito no CPF sob o nº 650.241.234-88 residente na Rua do Pampo Nº 14, Urbanização / Diamantina / PE

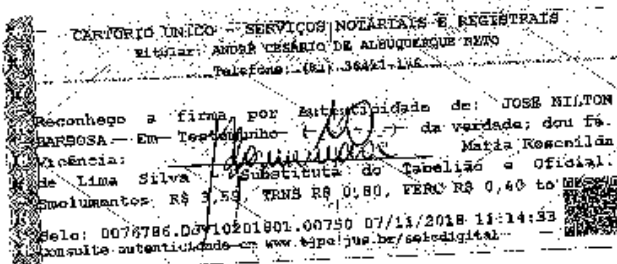
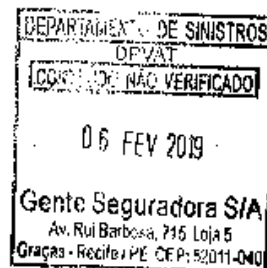
OUTORGADO: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Diamantina 07 de Novembro de 2018.



Outorgante: Jose Nilton Barbosa



RECONHEÇO a firma por Autenticidade de: JOSE NILTON BARBOSA - Em Testemunho de: Maria Roscilda de Lima Silva - Substituta do Tabelião e Oficial. Emolumentos: R\$ 3,50, TRNS R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 to R\$ 0,40. Selo: 0078786.DS-10201801.00750 07/11/2018 11:14:33. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047359/19

Vítima: JOSE NILTON BARBOSA

CPF: 650.241.254-87

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NILTON BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

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

JOSE NILTON BARBOSA : 650.241.254-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/02/2019
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino





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, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190110270

Vítima: JOSE NILTON BARBOSA

Data do Acidente: 20/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NILTON BARBOSA

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 13935928

Pag. 01839/01840 - carta_01 - INVALIDEZ

00010920

