



Número: **0069359-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FABIO DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72697060	17/12/2020 13:44	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, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo 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. 01911/01912 - carta_03 - INVALIDEZ

00060956



Carta nº 14598607





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, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIO 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 14598608

Pag. 01939/01940 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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. 01809/01810 - carta_03 - INVALIDEZ

00050905



Carta nº 14817293





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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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. 00883/00684 - carta_03 - INVALIDEZ

00290342



Carta nº 14994210





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, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	---

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. 01091/01092 - carta_03 - INVALIDEZ

00040546



Carta nº 15661659





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, 06 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FABIO 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE FABIO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000001120-7

Conta: 000010024687-7

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,





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 Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FABIO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 12/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

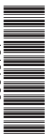
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01593/01594 - carta_09 - INVALIDEZ

00040797



Carta nº 15768714



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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3190432378 3 - CPF da vítima: 058.138.434-26 4 - Nome completo da vítima: JOSE FABIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE FABIO DA SILVA 6 - CPF: 058.138.434-26
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA JOSE TRAJANO 9 - Número: 08 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ALTO SÃO SEBASTIÃO 12 - Cidade: QUIRARA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55415-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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 POUANÇA (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: 1120 7 CONTA: 24687 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado (oficialmente) ☐ 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 (vênus)? ☐ 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 na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital de quem assina

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: QUIRARA, PE, 09/10/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



0241466/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 077ª CIRCUNSCRIÇÃO - QUIPAPA -
DP77ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência N°. 19E0167000290

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/06/2019 às
15:02

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 22/2/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01, TRAVESSA
SEBASTIÃO TEODÓSIO - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARY LANE DE LUCENA (OUTRO)
JUNIOR (OUTRO)
JOSE FABIO DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): JUNIOR.

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

JOSE FABIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA
MARIA DA SILVA Pai: JOSÉ MILTON DA SILVA Data de Nascimento: 19/04/1977 Nacionalidade:
QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5502657/SSP/PE (RG) Estado Civil:
ANASIAADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones:
Celulares: - 51989383226

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 05, RUA JOSE TRAJANO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARY LANE DE LUCENA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSÉ DE LUCENA Pai: ORLANDO JOSÉ DE LUCENA Nacionalidade: QUIPAPA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4116332/SDS/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A)



Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ADVOGADO(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 06, RUA JOSÉ MACHADO DIAS, 06.
CENTRO-QUIPAPA-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - QUIPAPA/PERNAMBUCO
/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 06 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

JUNIOR (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: . Pai: . Data de Nascimento:
17/1999 Nacionalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: MOTORISTA
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE QUIPAPA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
QUIPAPA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/XR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARY LANE DE
LUCENA, que estava em posse do(a) Sr(s): JUNIOR
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/XR250 TORNADO Objeto apreendido: N1
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: MNW0296 (PERNAMBUCO/QUIPAPA) Renavam: 243025760 Chassi:
9C2MD34004R024002
Ano Fabricação/Modelo: 2004/2004 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, NO DIA 22/02/2019 PELA NOITE, ESTAVA COMO GARUPA NA
MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, DIRIGIDA POR SEU SOBRINHO JUNIOR, QUANDO
SEU SOBRINHO PASSOU NUM QUEBRA MOLAS NA TRAVESSA SEBASTIÃO
TEODÓSIO, CENTRO DE QUIPAPA, A VITIMA ALEGA QUE CAIU E BATEU COM O
ROSTO NO CHÃO, VINDO A FRATURAR OS DOIS LADOS DA MANDÍBULA. ALEGA
AINDA QUE PROCUROU O HOSPITAL MUNICIPAL DA CIDADE E DE LÁ FOI
ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA, ONDE FOI REALIZADA
UMA CIRURGIA NO LOCAL FRATURADO. SEM MAIS A RELATAR, ENCERRO ESSE
BOLETIM DE Ocorrência PARA AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

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

Jose Fabio da Silva
JOSE FABIO DA SILVA
(VITIMA)



S.O. registrado por: IZABELLE MARIA DA SILVA - Matrícula: 387475-3



20/08/2019 10:45

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 058-138-434-26 3 - CPF da vítima: JOSE FABIO DA SILVA 4 - Nome completo da vítima: JOSE FABIO 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: JOSE FABIO DA SILVA 6 - CPF: 058-138-434-26
7 - Profissão: REC. INF. 8 - Endereço: RUA JOSE TRAJANO 9 - Número: 08 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ALTO SÃO SEBASTIÃO 12 - Cidade: QUIPAPA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55415-000
15 - E-mail: (81) 9665-0454

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: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 A R\$3.500,00 ☐ R\$3.501,00 A R\$4.000,00 ☐ R\$4.001,00 A R\$4.500,00 ☐ R\$4.501,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$5.500,00 ☐ R\$5.501,00 A R\$6.000,00 ☐ R\$6.001,00 A R\$6.500,00 ☐ R\$6.501,00 A R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 A R\$7.500,00 ☐ R\$7.501,00 A R\$8.000,00 ☐ R\$8.001,00 A R\$8.500,00 ☐ R\$8.501,00 A R\$9.000,00 ☐ R\$9.001,00 A R\$9.500,00 ☐ R\$9.501,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 18297 2 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, renunciando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total ou valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei ou apresentarei ao Instituto Médico Legal (IML) para análise de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente nenhuma vez, nem 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, considerando, desde já, que meu laudo médico é avaliado às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica e o montante do dano de natureza física, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou União) ☐ Divorçado ☐ 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 (ou reser)? ☐ 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 a que os beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estejam diante, ainda, de que qualquer emissão ou atualização não vem de ra poder gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 17 JUL 2019

40 - Local e Data: QUIPAPA PE 13/07/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Gente Seguradora S/A

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FABIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01120-7

CONTA: 000010024687-7

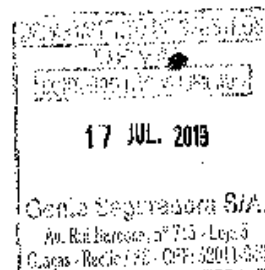
Nr. da Autenticação 93D48A39B21A806F





CNPJ: 09.789.035/0001-64
BRLC.BST: Nº 09.789.035/0001-64-2

WATERWAYS OF THE WORLD TOTAL AREA 200



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 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE FABIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.138.434 / 26, do sinistro do DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOSE FABIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.138.434 / 26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

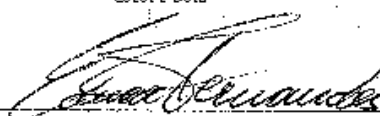
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

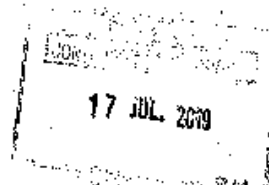
Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CPF <u>55750-000</u>
E-mail <u>PFSEGUROS1994@GMAIL.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9663-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 8133-5022</u>

SURUBIM, 11 de JULHO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



QUIPAPÁ (PE), 25 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: JOSE FABIO DA SILVA
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190432378

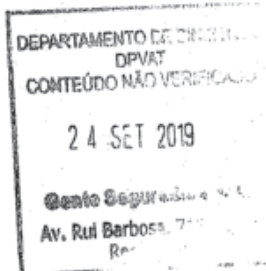
Prezado Senhor,

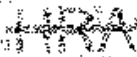
Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 22/02/2019, me encontrava APENAS COMO GARUPA da motocicleta HONDA XR 250 TORNADO de placa KKW 0295, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos
Espera Deferimento

Jose Fabio da Silva
JOSE FABIO DA SILVA
VITIMA/BENEFICIARIO





Hospital Regional do Agreste - HRA
Residência em Cirurgia e Traumatologia Búco-Maxilo-Facial

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você tem o direito, enquanto paciente, de ser informado do seu diagnóstico e dos procedimentos planejados ao seu caso e voluntariamente autorizá-los.

Seu diagnóstico clínico: Fratura complexa de mandíbula (ângulo D, corpo C)

Planejamento cirúrgico: Adesão de fratura complexa de mandíbula

Condições diferentes podem ser diagnosticadas no momento da cirurgia, exigindo procedimentos adicionais ou diferentes dos planejados. Assim como pode haver riscos e danos em manter a sua condição sem tratamento, há também riscos e danos relativos à execução dos procedimentos de diagnóstico, cirúrgicos e pós-cirúrgicos. Dessa forma, no seu caso, há possibilidade de ocorrer:

Dor, desconforto e edema;

Infecções e/ou atraso na cicatrização;

Resultados estéticos limitados ou indesejados;

- ☒ Hemorragias, hematomas;
- ☒ Lesões nervosas, provocando sensibilidade alterada nos lábios, queixo, bochechas, nariz, língua, dentes e gengivas;
- ☒ Função mandibular limitada (trismos, limitação de abertura bucal);
- ☒ Lesões de estruturas ósseas (fraturas);
- ☒ Lesões de dentes adjacentes, próteses ou restaurações;
- ☐ Desenvolvimento ou persistência de sequeles temporomandibulares;
- ☐ Remoção ou substituição dos materiais ou dispositivos implantados;
- ☐ Comunicação bucoossinusal ou buconasal requerendo posterior reparo cirúrgico

Outras condições:

Eu, João Fábio da Silva, fui esclarecido (a) sobre meu diagnóstico e plano de tratamento proposto, bem como tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas sobre os propósitos, riscos e alternativas de tratamento. Como também, dou plenos direitos para que todas as radiografias, fotografias, modelos, resultados clínicos, resultados laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao planejamento e/ou tratamento tenham uso didático e/ou de divulgação científica (jornais, revistas periódicas, congressos, seminários, meios digitais, etc.), tendo minha privacidade resguardada e respeitados os respectivos códigos de ética. Declaro ainda que este termo de consentimento foi completamente explicado para mim e, com base no mesmo que não possui ressalvas ou reservas, estou autorizando (a) a sua equipe a realizarem os procedimentos cirúrgicos propostos.

Assinatura do (a) paciente ou responsável: João Fábio da Silva

Testemunho: X

Carimbo:

COLTADO N° 17 JUL 2019

17 JUL 2019

Rodovia BR-232, Km 136, s/n - Indaialópolis, PE, 55002-870



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Fábio da Silva

Prontuário: 334389

Data: 12 / 03 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de ângulo mandibular (E) e corpo mandibular (D)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno para ambulatório de Or. Cuides protésico, no dia 18/03/19,

às 07:00. VBS: levar todos os exames e marcar com antecedência.

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese de fratura complexa de mandíbula (ângulo man-
dibular (E) e corpo mandibular (D).

Alta Hospitalar: Data: 12 / 03 / 19

Hora: 11:00 JUL. 2019

Dra. Karoline Tavares Pontes
Cirurgia e Traumatologia Maxilofacial
Residência HRA
PROTÓCOLO CRO-PE 428/2019 52011-040

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: João Silva da SilvaProntuário: 334359Data: 25 / 02 / 19Hora: 15:20

DIAGNÓSTICO:

Fratura de ângulo mandibular (C) e corpo mandibular (C)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Retornar para o ambulatório de Dr. Eudes Justino, no dia 18/03/19,
às 07:00. OBS: levar todos os exames e marcar com antecedência.

TRATAMENTO REALIZADO:

Antesepara de fratura complexa de mandíbula (ângulo mandibu-
lar (C) e corpo mandibular (C))

Alta Hospitalar: Data: 12 / 03 / 19Hora: 11:00

Dr. Eudes
6:30

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





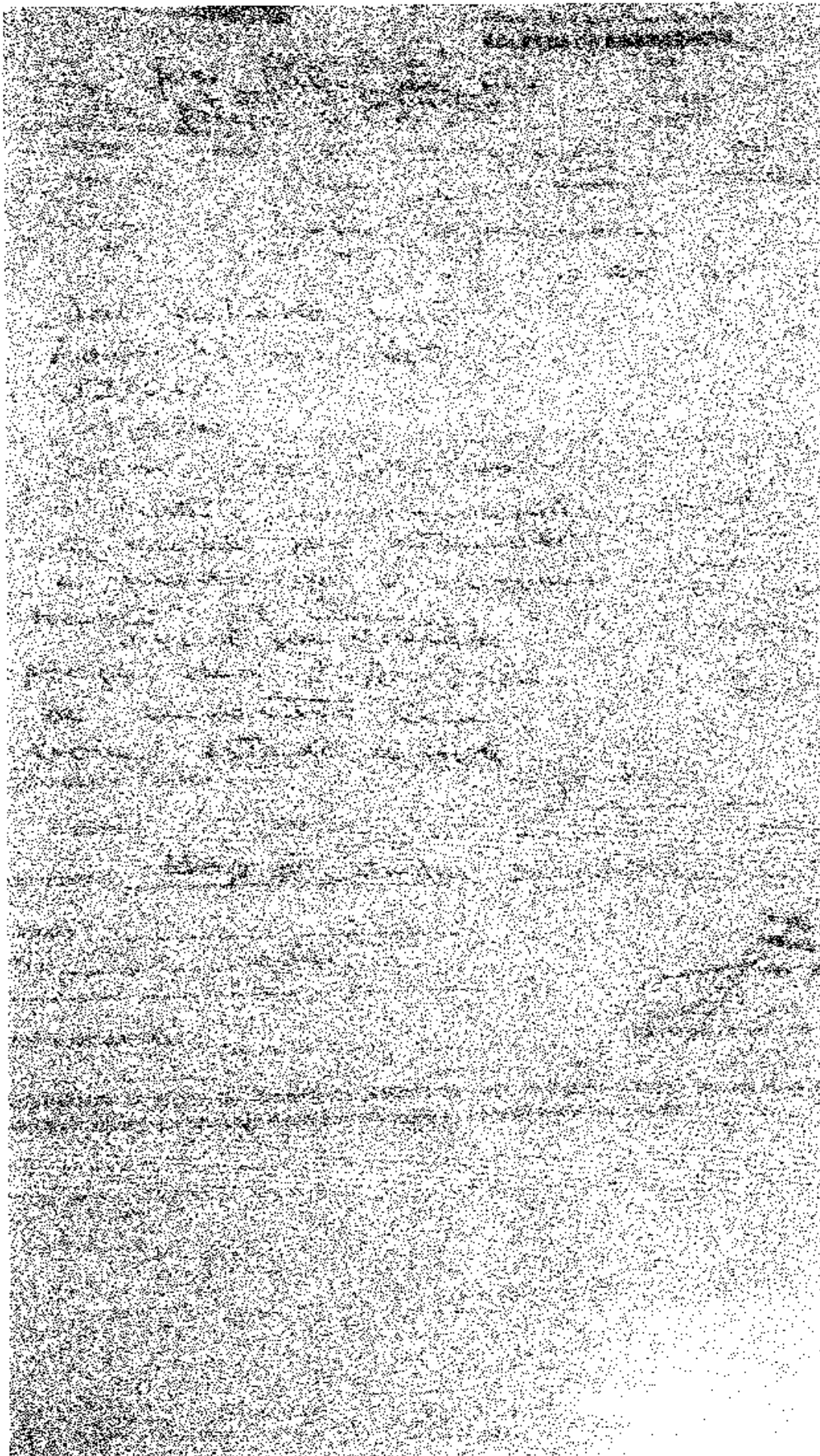
Digitizado com CamScanner

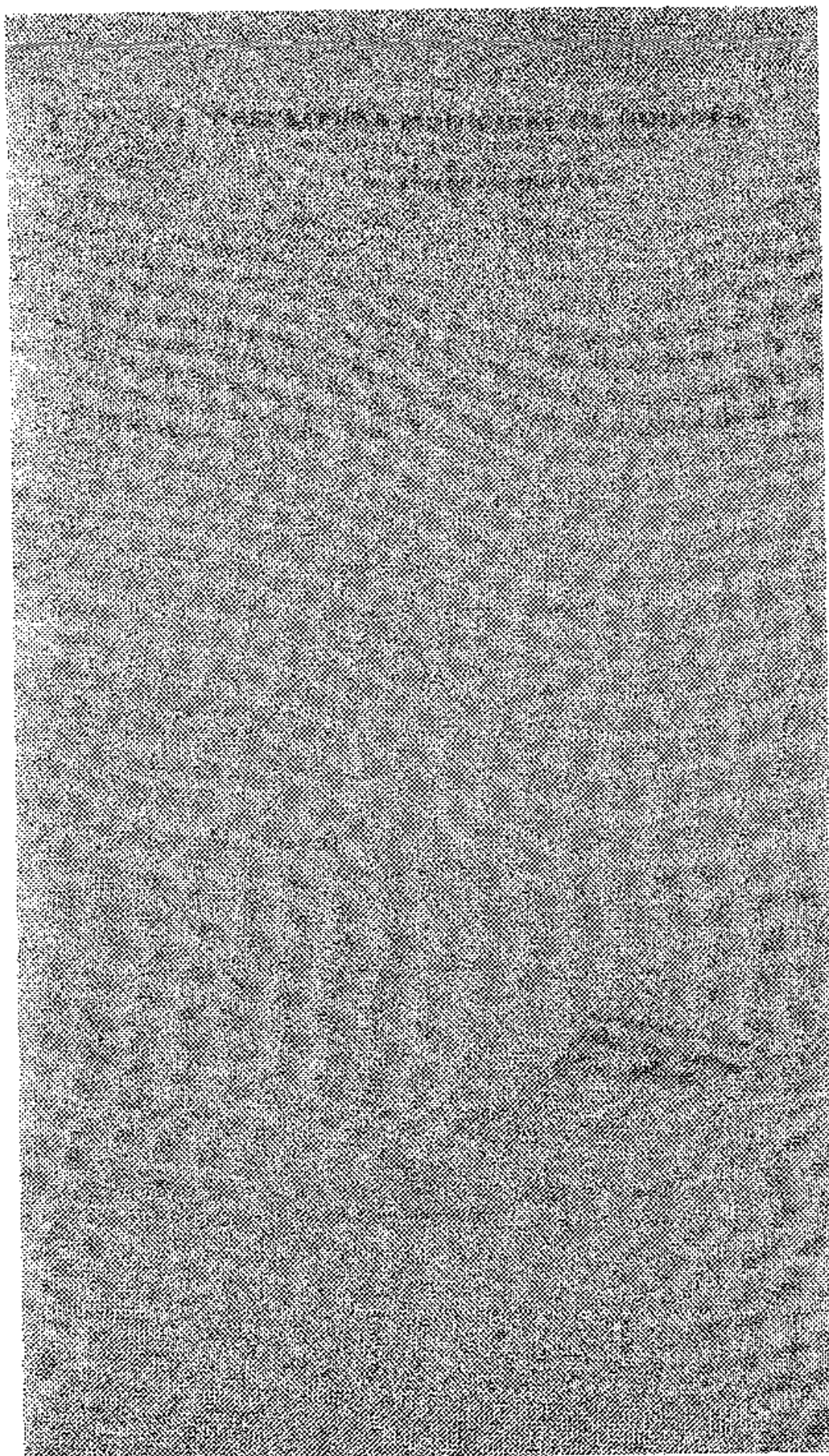


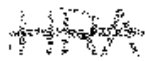


Otimizado com CamScanner









Hospital Regional do Agreste - HRA
Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você tem o direito, enquanto paciente, de ser informado de seu diagnóstico e dos procedimentos planejados ao seu caso e voluntariamente autorizá-los.

Seu diagnóstico clínico: Fratura complexa de mandíbula (ângulo @ esquerda)

Planejamento cirúrgico: Operação de fratura complexa de mandíbula

Condições pré-existent podem ser diagnosticadas no momento da cirurgia, exigindo procedimentos adicionais ou diferentes dos planejados. Assim como pode haver riscos e danos em manter a sua condição sem tratamento, há também riscos e danos relativos à execução dos procedimentos de diagnóstico, cirúrgicos e pós-cirúrgicos. Dessa forma, no seu caso, há possibilidade de ocorrer:

- ☐ Dor, desconforto e edema;
- ☐ Infecções e/ou abscesso na cicatrização;
- ☐ Resultados estéticos limitados ou insatisfatórios;
- ☒ Hemorragias, hematomas;
- ☒ Lesões nervosas, provocando sensibilidade alterada nos lábios, queixo, bochechas, nariz, língua, dentes e gengivas;
- ☒ Função mandibular prejudada (trismus, limitação de abertura bucal);
- ☒ Lesões de estruturas ósseas (fraturas);
- ☒ Lesões de dentes adjacentes, próteses ou restaurações;
- ☐ Desenvolvimento ou persistência de distúrbios temporomandibulares;
- ☐ Remoção ou substituição dos materiais ou dispositivos implantados;
- ☐ Comunicação buco-nasal ou buco-ocular requerendo posterior reparo cirúrgico;

Outras condições:

Eu, Yves Fátuo da Silva

RG 516.115.7 fui informado (a) sobre meu diagnóstico e plano de tratamento proposto, bem como tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas sobre os propósitos, riscos e alternativas de tratamento. Como também, dou ciência de que para que todas as radiografias, fotografias, modelos, resultados clínicos, resultados laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao planejamento e/ou tratamento tenham uso didático e/ou de divulgação científica, jornais, revistas, periódicos, congressos, seminários, meios digitais, etc.), tendo minha privacidade resguardada e respeitados os respectivos códigos de ética. Declaro ainda que este termo de consentimento foi completamente explicado para mim e, com base no mesmo que não possui ressalvas ou reservas, estou autorizando eu e sua equipe a realizarem os procedimentos cirúrgicos propostos.

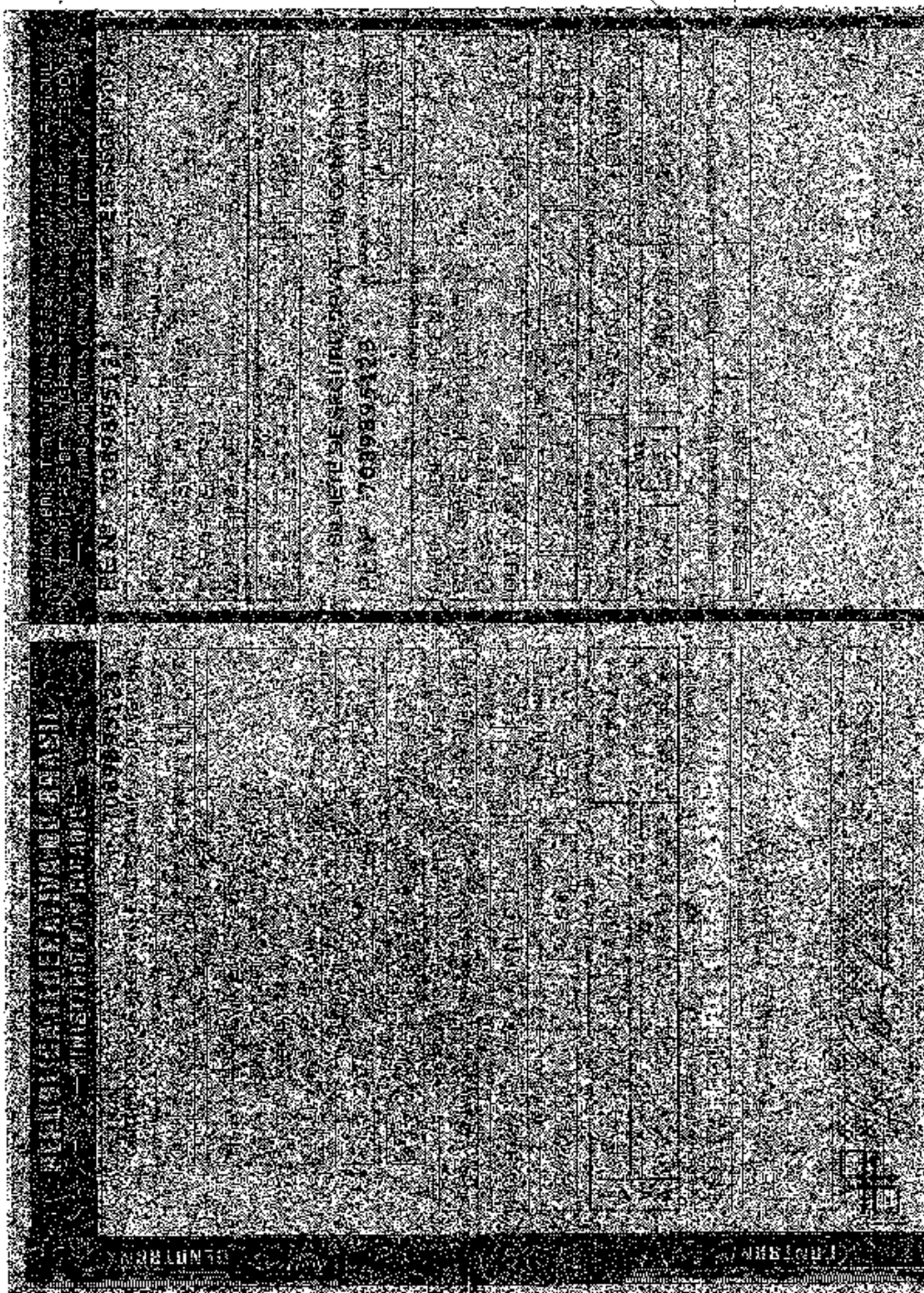
Assinatura do (a) paciente ou responsável: Yves Fátuo da Silva

Testemunhas: X

Carimbo: _____

Rodovia BR-232, Km 139, s/n - Indianópolis, PE, 55002-970





EXEMPLAR DE ARQUIVO
17 JUL 2019
Carta Segura da S.A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - 1º andar
Cidade, RJ 20030-000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432378 **Cidade:** Quipapá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIO DA SILVA **Data do acidente:** 22/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. (ANEXO 3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO RESIDUAL DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: **PMR - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA**

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE CARIO DA SILVADATA DO ACIDENTE 22/02/2019 CPF DA VÍTIMA 058.288.434-26PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A. FERREIRAS

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANÍESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SOÃO BATISTANº 330 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE SURUBIM UF PE CEP 55360-000E-MAIL afseguros@previdencia.com.br TELEFONE (81) 9665-0454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALE COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALE COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 8190432378 Data da solicitação: 27/03/2020
Nome do beneficiário: JOSE FABIO DA SILVA CPF do beneficiário: 058.138.434
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 26

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: 81 99665-0454 Tel. Comercial: (____) _____ Tel. Residencial: (____) _____
E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☒ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informa qual(is) documento(s) estão sendo entregues:
☐ Novos documentos médicos
☐ Laudo do IMIL
☐ Boletim de Ocorrência
☐ Notas fiscais complementares
☒ Outros: DOCUMENTOS DE IMAGEM
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

OUTRA, 27/03/2020

Jose Fabio da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que seu pedido inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/última não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, e seu ponto de seu pedido.



PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	JOSE FABIO DA SILVA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	ADVOGADO
IDENTIDADE:	5502057/SSP/PE. CPF: 058.138.434-06
DATA DO ACIDENTE:	22/02/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	JOSE FABIO DA SILVA
ENDEREÇO:	RUA JOSE TRAJANO Nº 08 BAIRRO: ALTO SÃO SEBASTIAO CIDADE: QUIRARA - PE

OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSE DE ALEMANCONE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	FUNÇÃO PÚBLICA APOSENTADA
IDENTIDADE:	3092028-SSP/PE. CPF: 574.940.534-63
ENDEREÇO:	RUA JOAO BATISTA, Nº 370, CONJUNTO, SUELO BOM (PE)

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

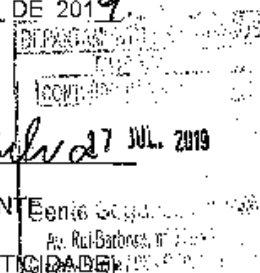
CARUARU - PE 2 DE JULHO DE 2019

4º CARTÓRIO

X Jose Fabio da Silva 17 JUL. 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



4º Cartório e Tabelionato Pça. Cel. Leopoldo Porto, 57 - Centro - Caruaru/PE - CEP 55004-430
Bal. Maria Regina Correia do Nascimento Fone / Fax: (81) 3722-4814 - e-mail: 4cartorio@caruaru.gov.br

Reconheço por Semelhança a firma de: JOSE FABIO DA
SILVA. Caruaru/PE, 02/07/2019 11:29:01 e do: Sr. Em
test. da verdade, FABIANA REINALDO
SILVA DO NASCIMENTO - Substituta, EMGI R\$
3.51, TCM R\$ 0,90, FERC R\$ 0,40, FERM R\$
0,04, FUMSG R\$ 0,08, ISS R\$ 0,08, Total R\$
4,91. Consulte autenticidade em
Selo: CC73214, LST04201903.C3820



[Handwritten signature]



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241466/19

Número do Sinistro: 3190432378

Vítima: JOSE FABIO DA SILVA

Data do acidente: 22/02/2019

CPF: 058.138.434-26

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FABIO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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: 07/05/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

