



Número: **0079163-94.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIEL PEREIRA (AUTOR)		THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73493 262	13/01/2021 13:10	<a href="#">ANEXO 1</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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270271

Vítima: DANIEL PEREIRA

Data do Acidente: 27/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL PEREIRA

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 14181366

Pag. 01439/01440 - carta\_01 - INVALIDEZ





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 Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190270271**

**Vítima: DANIEL PEREIRA**

**Data do Acidente: 27/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DANIEL PEREIRA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos  
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar:  $18,75\% \times 13.500,00 =$  R\$ 2.531,25

Recebedor: **DANIEL PEREIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000917**

Conta: **0000055643-0**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CBF da vítima: 70277553431 Nome completo da vítima: DANIEL PEREIRA

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

Nome completo: DANIEL PEREIRA CPF: 70277553431

Profissão: ARTESÃO Endereço: RUA JOÃO ROSENDO Número: 519 Complemento: CASA

Bairro: JATOBA Cidade: OLINDA Estado: PE CEP: 53320185

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**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

☐ SEM 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0917 CONTA: 00055643 Q

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

**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 o 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 acidente.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, \_\_\_\_\_

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

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

*(\*) Assinatura de quem assina A ROGO*

*(\*) Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.**

FPS.001 V001/2018







511425  
0123409/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC  
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114003324**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/04/2019** às **15:49**

Complementa o BO Número: **18E0114009026**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **27/8/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 15, 1 - Bairro: JATOBA - OLINDA/PERNAMBUCO**  
/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)  
DANIEL PERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL PERREIRA**

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

**DANIEL PERREIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **DIVA MARIA PEREIRA** Data de Nascimento: **29/3/1993** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA HUMBERTO DE LIMA MENDES, 159 - CEP: 55000-000 - Bairro: CASA CAIADA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**AUTOMOVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **NAO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL PERREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**A VITIMA VEIO NOTICIAR QUE NA DATA E LOCAL ACIMA QUANDO PEDALAVA SUA BICICLETA FOI ATROPELADO POR UM AUTOMOVEL DE PLACA E CONDUTOR NAO INFORMADOS . A VITIMA DECLAROU APOS SER ATROPELADO FOI REMOVIDO DO LOCAL PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR PARA A UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDO PARA HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATAO.**

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




  
**DANIEL PERREIRA**  
(VITIMA)

  
B.O. registrado por: **CLAUDIO ALVES DE SOUZA** - Matrícula: **296954-8**

---

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

  
**DANIEL PERREIRA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: Claudio Alves de Souza



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 70277553431 CBF da vítima: 70277553431 Nome completo da vítima: DANIEL PEREIRA

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

Nome completo: DANIEL PEREIRA CPF: 70277553431

Profissão: ARTESÃO Endereço: RUA JOÃO ROSENDO Número: 519 Complemento: CASA

Bairro: JATOBA Cidade: OLINDA Estado: PE CEP: 53320185

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**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

☐ SEM 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0917 CONTA: 00055643

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso de danos decorrentes do sinistro 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 o presente 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 acidente.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, \_\_\_\_\_

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

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

*(\*) Assinatura de quem assina A ROGO*

*(\*) Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.**

FPS.001 V001/2018





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

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2018APH001472 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). **DANIEL PEREIRA**, 25 anos, **BRASILEIRO(a)**, **SOLTEIRO(a)**, RG nº 8854129 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 702.775.534-31, residente à RUA HUNBERTO DE LIMA MENDES, nº 159, EDF MARIANA AP 159, BAIRRO NOVO, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 27/08/2018, por volta das 08:28 hs, no endereço: RODOVIA PE-15, S/N, OURO PRETO OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMOVEI FIESTA PRATA PEF7401-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) **DANIEL PEREIRA**, inscrito sob o CPF nº 702.775.534-31 e Registro Geral nº 8854129, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798257-7 **ROGERIO**. Foi transportado(a) para o **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA**. Registrado(a) com o prontuário nº 1341788. Ficou aos cuidados do médico **FRANCISCO ROSSI**, registro 23368. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 29/10/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH001472

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

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



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

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

CLIENTE: DANIEL PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000055643-0

---

---

Nr. da Autenticação E7CA3FDA25C60268







Itaucard

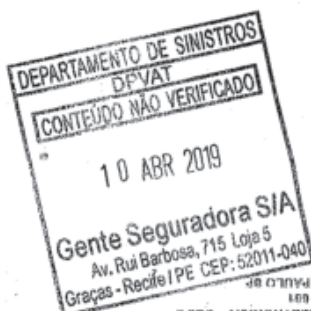
Consulte sua fatura na internet  
ou nas caixas eletrônicas do Itaú.



CTC RECIFE PE PL2  
MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA  
AV DR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE 3214  
APTO 1002 - JANGA  
53437-000 PAULISTA - PE



5211094280217170000000000055310 280218  
Data de Postagem: 28/02/2018  
Data de Vencimento: 09/03/2018  
Data de Fechamento (emissão): 27/02/2018  
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 04/04/2018

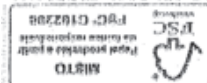


EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS - ECT  
DEVOÇÃO ELETRÔNICA - CDDU  
CAIXA POSTAL 001  
01001-970 SÃO PAULO SP

Reintegrado ao serviço postal  
emitido  
Assinatura  
e ID do  
entregador:

☐ por portão ou selador  
☐ Informação escrita  
☐ 9. CEP  
☐ 8. Faltado  
☐ 7. Ausente

Para uso das Caixas  
1. Mistura de  
2. Endereços insuficientes  
3. Não escrito o nº indicado  
4. Desconhecimento  
5. Recusado  
6. Não procurado



Itaucard

Mude para a  
Fatura Digital.  
Mais rapidez e facilidade para você.





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190270271 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIEL PEREIRA **Data do acidente:** 27/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 17/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COTOVELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. (FIO DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSO)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO COTOVELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINA 11 DESCRIÇÃO CIRÚRGICA.  
PÁGINA 06/ 07/ 10 IMAGEM

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 MARCUS FERNANDO AMOROSO DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 488217804 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

DANIEL PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 702775534/32

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DANIEL PEREIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 702775534/32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

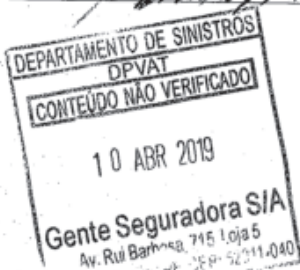
☒ Recuso informar

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>AV. DR. CLAUDIO JOSE GUERIN LATA</u>	Número: <u>324</u>	Complemento: <u>AL 102</u>
Bairro: <u>JANGA</u>	Cidade: <u>PAULISTA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>82996455752</u>	CEP: <u>53437-000</u>	Tel. (DDD): <u>81-985101808</u>

Local e Data: RECIFE, 15, MARÇO 2019

Marcus Fernando Amoroso da Silva  
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017

Senha da Classificação:

**0100**

tendimento: **1341788**

at. e Hora: **27/08/2018 08:06**

Sexo: **MASCULINO**

Paciente: **482089 DANIEL PEREIRA**

Nome Social:

Data do Nascimento: **29/03/1993** Idade: **25 anos**

Convenio: **2**

**SUS - PRONTO ATENDIMENTO**

Nome da Mãe: **DIVA MARIA PEREIRA**

Nome do Pai:

CRM: **1234567**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

Bairro: **FRAGOSO**

Endereço: **RUA JOAO ROZENDO**

CEP: **53402820**

Usuário Atendimento: **DANIELEMS**

Cidade/UF: **PAULISTA**

PE

Data de Emissão:

Fone: **87654379**

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Dor no braço direito após queda de bicicleta por cansaço*

Exame Físico

*Neuromuscular*

DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
OPVAT  
TÉCNICO NÃO VERIFICADO

10 ABR 2019

Hipótese Diagnóstico

*Fratura supracondilária*

Gente Seguradora S/A  
Lajes - Recife PE CEP: 50000-000

Conduta Terapêutica

*OLINDA*  
Gisele Assunção  
Nutricionista  
CRN 10715

*Tratamento  
A sala Amarela*

Prescrição Médica

*1) Talc. Acello - 100g - 100g  
2) Paracetamol 500mg - 100g  
3) Difenidramina 10mg - 100g  
4) Clonazepam 1mg - 100g  
5) Clonazepam 1mg - 100g*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

*HMA*

Serha:

*5499660*

Dr. Francisco Rossi  
Ortopedista  
CRM 23.387 1991

Carimbo Médico



1341788

*INDICAZAO*



28/08/18 - 7 de junho de 2018  
San Antonio  
Apuntes para la vida

Dr. Carlos B. Lobo Jr.  
Ortopedia y Traumatología  
CRM 4673

Apuntes para la vida





Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: 0100  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 27/08/2018 09:04 - 27/08/2018 09:05

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

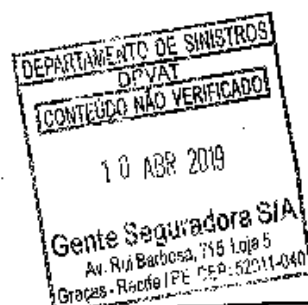
Urgência: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS  
RELATO DE ATROPELAMENTO  
TRAUMA EM MSE

Observação: ALERGIA-  
NEGA SER HIPERTENSA E DIABETICA

Programa sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS  
Pacientes: - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/08/2018 09:05

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/08/2018 15:56

Nome Paciente: DANIEL PEREIRA  
Cod. Paciente: 482089  
Data de Nascimento: 29/03/1993  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: 0244  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 28/08/2018 15:56 - 28/08/2018 15:56

MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

AMARELO

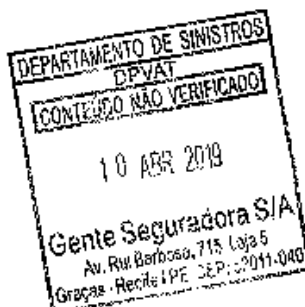
Queixa Principal: FRATURA DO COTOVELO DIREITO

Observação: RENOVAÇÃO DE CADASTRO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Atendido(a) por: MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)



Processo: GESTÃO DE PESSOAS	CÓDIGO	REVISÃO
	FAT.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Daniel Pereira

REGISTRO: 756593 DATA DE NASCIMENTO: 29 / 03 / 1993

RG: 8.854.129 ORGÃO EMISSOR: SPS/PE

ENDEREÇO: Rua Humberto de Lima Mendes  
nº. 159 Bairro: Jardim Fragosa Olinda

NOME DA MÃE: Dora Maria Pereira

DATA ADMISSÃO: 29 / 08 / 2018 DATA ALTA: 08 / 09 / 2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 06 / 09 / 2018 CID: S42.4

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Inferior  
do Úmero Esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de  
Fratura Supracondiliana do Úmero  
Esquerdo + Transposição de Nervo Cubital

MÉDICO: Oswaldo Coimbra

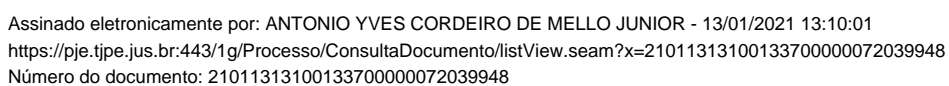
CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GUARAPES, 20 DE Setembro DE 2018.

Dr. Elder Carvalho  
Médico  
CRM/PE 22023

MÉDICO

A high-contrast, black and white photograph of a dark, textured surface, possibly a piece of fabric or a wall. The image is heavily shadowed, with a bright, curved highlight visible on the left side. A scale bar at the top indicates 10cm. The image is oriented vertically, with the scale bar at the top. The texture appears grainy and uneven, with some lighter areas and some darker, more shadowed regions. The overall appearance is that of a forensic or scientific photograph.





Data de aquis. 06/09/2021  
Hora de aquis. 18:35  
Índice de aquis. 2

NIEL PEREIRA 16/03/1983  
x. Mass.  
Data de nascimento: 29/09/1983  
756552-087-16

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 13:10:01  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011313100133700000072039948

Num. 73493262 - Pág. 20

Convênio: SUS - INTERVACAO

Atendimento: 174684

Nascimento: 29/03/1993

Responsável:

Prontuário: 756593

Sexo: Masculino

Nome: DANIEL PEREIRA

Data e Hora do Atendimento: 29/08/18 10:42:19

Idade: 25 Anos, 5 Meses e 0 Dia

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 22

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome da Mãe: DIVA MARIA PEREIRA

Nome do Pai:

Endereço: RUA JOAO ROSENDO, BULTRINS, CEP: 53320185, Nº 519, OLINDA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

### RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE COM FX DE ÚMERO ESQ. ENCAMINHADO DA UPA.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA

EXAME FÍSICO GERAL:

EGS, EUPNÓTICO, AFEFRILO, CORADO, HIDRATADA, CONSCIENTE E ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

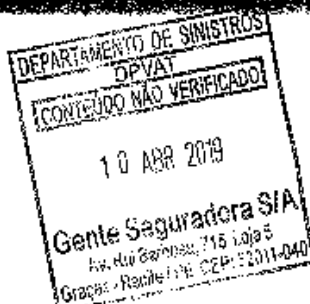
ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:



S-422835

Sumário de Admissão e Alta

Nome: DANIEL PEREIRA

Prontuário: 710533

Atendimento: 174684

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: ERF 16 - LEITO 031

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE UMERO DISTAL

CID: S42.4

Procedimento Solicitado: 0408020385 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMERO

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0403020107 - TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: HUGO SOARES FERNANDES

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiologista: MIRELLA FERNANDES DE CARVALHO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento  
☐ Diária de UTI  
☐ Diária de Acompanhante  
☐ Vacina Anti - Rh

- ☐ Uso de Prótese Órtese  
☐ Uso de Fatores de Coagulação  
☐ Uso de Oxigenadores  
☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - PJE  
Dout. Guilherme Gomes e Silva  
Plata Cédula Mac Powell Durado  
Médica Autógrafa PJE - CRM: 892  
C.R.: 203.122.03-16

Resumo do Caso: PACIENTE DEU ENTRADA NO SERVIÇO COM FRATURA DE UMERO DISTAL, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S42.4 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMBRO

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 29/08/2018

Data de Alta:

08/09/18

Dias de Hospitalização:

dia (s).

DR. OSVALDO COIMBRA JUNIOR  
Ortopedia e Traumatologia  
Cir. Ombro e Cotovelo  
CRM-PE: 16.535 / TEOT: 13361

HUGO SOARES FERNANDES

CRM: 22847



Av. General Manoel Pessoa - 6112 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54150-000

TELEFONE: 3442-0508 - www.hmjpe.org



DANIEL PEREIRA 10-3,  
Sex/Masc.  
Data de nascimento: 29/03/1993  
In-754502, CPT-103

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
SOLTEIRO, BRANCO, 42 ANOS

Data de aquis.: 30/03/20  
Hora de aquis.: 14:53:  
Índice de exp.: 21

COTOVELO  
AP  
W: 4095, L: 2048

12cm







HOSPITAL  
MEMORIAL JABOATÃO

Principais Atividades Médicas

Data: 06/09/2018 12:12:48

Hora: 12:12

## Relatório Geral de Cirurgias

Nome: DANIEL PEREIRA

Prontuário: 756593

Atendimento: 174684

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 25 Anos, 5 Meses e 8 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S424 - FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRANSPOSIÇÃO CUBITAL (COD: 040302010-7)

TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA SUPRA CONDILIANA UMERO ESQUERDO (COD:040802038-5) ✓

Data: 06/09/2018

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: HUGO SOARES FERNANDES

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

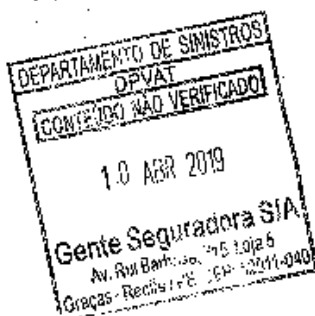
07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

PACIENTE EM DEPENDÊNCIA DE  
ASSESSIA E ANESTESIA  
APOIO DE CAMPOS ESTERIL  
INCISÃO POSTERIOR UNIVERSAL PARA ACESSO  
OSTEOTOMIA EM CHEVRON DE OLECRANO  
ABORDAGEM DE FRATURA E OBSERVAÇÃO PARA A SEPARAÇÃO DA FRATURA  
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS BLOQUEADOS E  
CORTICAL  
LAVAGEM COM SF  
SINTESE DE OSTEOTOMIA DE OLECRANO COM USO DE AGULHAS E PARAFUSOS BLOQUEADOS  
TRANSPOSIÇÃO SUBINSCULAR DE NERVO CUBITAL  
REVISÃO DA HEMOSTASE  
ENCERRAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR.  
Ortopedia / Traumatologia  
Cl. Ombro e Cotovelo  
CRM-PE: 16.955 / TEO: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 76658



STATE OF TEXAS, COUNTY OF DALLAS.

## ATTUNERS DE CORDÃO

KONE | R&D 2016-2020

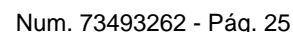
Numero

BAGG OF CLOTHED DOLL

MEMPHIS BAZAR 505A

plano

2000

**INFORMAÇÕES DE**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.854.129

NOME << DANIEL PEREIRA >>

FILIAÇÃO << >>

<< DIVA MARIA PEREIRA >>

NATURALIDADE OLINDA - PE

DATA DE NASCIMENTO 29/03/1993

DOC. ORIGEM << CN 145351 L172A F261V CART SEDE

CNPJ 702.775.534-31

ASSINATURA DO REGISTRANTE

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

F-61 92376 - 4322

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 ABR 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 2883138 SSP, PE

CPE: 488.217.804-49 DATA NASCIMENTO: 26/10/1966

FILIAÇÃO: MAURINALDO PEREIRA DA SILVA  
MARIA JOSE ARAUJO DA S  
ILVA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AD

Nº REGISTRO: 03956117363 VALIDADE: 19/07/2023 1ª HABILITAÇÃO: 08/10/1986

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: *Mauricio Fernando Araujo da Silva*

LOCAL: OLINDA, PE DATA EMISSÃO: 19/07/2017

Assinatura do Emissor: *Charles Andrews Sousa Ribeiro*  
Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

58571334914  
PE080271553

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1482727575

PROIBIDO PLASTIFICAR 1482727575

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
10 ABR 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife - PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa  
Grças - Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife - PE - CEP: 52011-040





## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DANIEL PEREIRA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO  
CIVIL SOLTEIRO, PROFISSÃO ARTESÃO RG: 8854129  
C.P.F. 70277553431 ENDEREÇO RUA JOÃO ROSENDO  
N-519, JATOBÁ, OLINDA PERNAMBUCO.

OUTORGADO: MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA,  
Brasileiro, Divorciado, Professor RG: 2883138/SDS/PE, CPF: 48821780449,  
residente a Avenida Doutor Claudio Jose Gueiros Leite, nº 3214, apto 102,  
Janga, Paulista, Pernambuco.

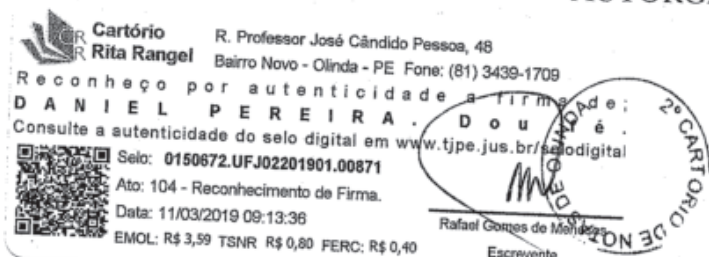
## PODERES

Para representá-lo(a) na solicitação da indenização  
Por invalidez permanente no acidente ocorrido com a vítima  
em 27/08/2018 referente ao **SEGURO DPVAT**, perante a  
Seguradora Líder e suas Seguradoras conveniadas.



OLINDA, 11 de Março de 2019

  
AUTORGANTE



**Observação: só reconhecer firma no cartório por autenticidade**





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123409/19

**Vítima:** DANIEL PEREIRA

**CPF:** 702.775.534-31

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DANIEL PEREIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA : 488.217.804-49

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

#### DANIEL PEREIRA : 702.775.534-31

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](http://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: 10/04/2019  
Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA  
CPF: 488.217.804-49

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

