



Número: **0001281-94.2020.8.17.3120**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Petrolândia**

Última distribuição : **21/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74048 547	25/01/2021 15:03	<u>ANEXO 1</u>	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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159216

Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

Data do Acidente: 01/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15730292



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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200159216 **Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES**

Data do Acidente: 01/08/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001112-6

Conta: 0000015009-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.765.344-12 4 - Nome completo da vítima: Henoaldo Fabricio Siqueira Soares

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

5 - Nome completo: Henoaldo Fabricio Siqueira Soares	6 - CEP: 039.765.344-12		
7 - Profissão: Agricultor	8 - Endereço: Rua 08 - Bloco 03 - Límão Branco	9 - Número: 560	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona rural	12 - Cidade: Petrópolis	13 - Estado: PE	14 - CEP: 56460-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (87) 9634-4507		

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Serra Talhada 22.04.2020

Henoaldo Fabricio Siqueira Soares Rosana de Menezes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Silva Brancane





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 186º CIRCUNSCRICAO - PETROLANDIA - DP186ºCIRC
DINTER2/22ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0276000367

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/04/2020** às **15:55**

Complemento: 0062 número. 18E0276000005

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Ciúmes (Consumado) que aconteceu no dia 1/8/2017 no período da Tarde

Lugar ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PETROLANDIA, 1, AGROVILA 4 LIMÃO BRAVO**
Bairro: **CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Localização: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência.

NAO SE APLICA AUTOR VAGENTE ,
DAMIÃO CORDEIRO FILHO (OUTRO)
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (veículo que ocorreu a ocorrência), que estava em posse do(a) bala: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

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

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo Desconhecido Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (presente ao plantão) - Sexo Masculino
MÃE EDILEUZA SIQUEIRA SOARES (não presente ao plantão) - Sexo Feminino
Data de Nascimento: **13/10/1981** Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PETROLANDIA, 1, AGROVILA 8 LIMÃO BRAVO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAMIÃO CORDEIRO FILHO (não presente ao plantão) - Sexo Masculino
Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAMIÃO CORDEIRO FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Cilindrada: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OYL6787** / PE - Rua: **BR 101 KM 101** - Bairro: **PETROLANDIA** - Renavam: **012429337** - Chassi: **9C2JC4110ER719444**
Ano/Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**



de Ocorrência

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE, QUANDO TRAFEGANDO NA CITADA VIA, CONDUZINDO A MOTOCICLETA, APÓS UMA FECHADA DE OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR NA ESTRADA E SOFRER LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA. FICA REGISTRADO PARA OS DEVIDOS FINS.

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

Haroldo Fabricio Siqueira Soares

HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADILSON ALVES QUINTE DE OLIVEIRA** - Matrícula: 320629-7

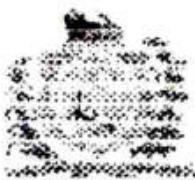
Adilson Alves Q de Oliveira
Comissário Esp. de Polícia
Mat.: 320.629-7

16/01/2020 15:55



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:03:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515034482000000072579919>
Número do documento: 21012515034482000000072579919

Num. 74048547 - Pág. 5



186
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE POLÍCIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLÂNDIA -
Petrolândia
DP 186/CIRC DINTER2/22/DESEC

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA N° 1860276000005

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/01/2018 as
16:43

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumador)
que aconteceu no dia 20/8/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, AGROVILA 4**
LIMÃO BRAVO - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local de / da: **VIA PÚBLICA**

Pessoal(s) envolvido(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
DAMIAO CORDEIRO FILHO (OUTRO)
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Srt(a)
HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

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

NÃO SE APLICA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mar: **POU FUIA SIQUEIRA SOARES** Pai: **JOSÉ APOLINÁRIO SOARES** Matri de: **10/10/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, AGROVILA E LIMÃO BRAVO - CEP: 54880-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAMIAO CORDEIRO FILHO (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Srt(a) **DAMIAO CORDEIRO FILHO, que estava em posse do(s) Srt(a) **HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES****



Características do veiculo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto Operacional: **NAO**
COL. P/PLIA - QUADRICULAS, T (UNIDADE)

Placa: **UTL8787** /PERIAMBULANTE PETROLÂNDIA/ Itaboraí - RJ 12429387 CATEGORIA:
BOZUQUET/VER/719444
Ano Fabricação: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATOU A VÍTIMA QUE, QUANDO TRAFEGANDO NA DITADA VIA, CONDUZINDO A MOTOCICLETA, APÓS UMA FEGADA DE OUTRO VEÍCULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VIMOS A CAIR NA ESTRADA E SOFRER LESÃO NA CLAVÍCULA ESQUERDA. FICA REGISTRADO PARA OS DEVIDOS FINOS.

ASSINATURA DA(S) PESSOA(S) PRESENTE NESTA UNIDADE POLICIAL

Haroldo Fabricio Siqueira Soares
Haroldo Fabricio Siqueira Soares
(VITIMA)

O.O. REGISTRADO POR: **ADILSON ALVES RIBEIRO DE OLIVEIRA - MATRICULA:**
22000007



2021/01/25 15:03:44





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - N° do bairro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.766.344-12 4 - Nome completo da vítima: Henoaldo Fabrício Siqueira Soares

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

5 - Nome completo: Henoaldo Fabrício Siqueira Soares 6 - CPF: 039.766.344-12
 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R6 08 - Bloco 03 - Límão Brava 9 - Número: 560 10 - Complemento: Cota
 11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Petrolândia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56460-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (87) 9634-4502

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:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Brazil

AGÊNCIA: CONTA:
 (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 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.

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (bebê nascido)? 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 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Serra Talhada 22.04.2020

X Henoaldo Fabrício Siqueira Soares

41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Silva Barreto

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01112-6

CONTA: 000000015009-6

Nr. da Autenticação 3AE720606EF7AAD6



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:03:44
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515034482000000072579919>
Número do documento: 21012515034482000000072579919

Num. 74048547 - Pág. 9



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

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, 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 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 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 PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.394.744, 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Haroldo Fabricio Siqueira Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.765.344-12,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Haroldo Fabricio Siqueira Soares,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.765.344, 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recubate Renda: Recubate 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>Qua Francisco Olavo</u>	Número:	<u>110</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>SESEP</u>	Cidade:	<u>Senna Talhada</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>56912-130</u>

Local e Data: Senna Talhada 24.06.2020

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE PETROLÂNDIA
HOMUPE - Dr. Francisco Simões de Lima
Av. Djalma Wanderley, s/n - Petrolândia - Pernambuco
CEP: 56460-000 - Fone: (87) 3851.2262/1192 - CNPJ: 03.737.238/0001-83

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

40203735

Marco ~~ff~~ Mauricio S. Soselli

Dr. 13/301398A

Ed. AG. 08 3n. 03

1905, Ed. 1/2028 S. gressen Soares 2011/08/17

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO Automóvel Ônibus Moto Outro Ignorado
MODO Atropelamento Colisão Capotagem Outro Ignorado

AGRESSÃO

POR Arma de Fogo Arma Branca Espancamento Outro Ignorado
MODO Assalto Briga Ação Policial Agressão Sexual Outro Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM Construção Civil Indústria Agricultura Comércio Outro Ignorado

AUTO-AGRESSÃO / SUICÍDIO

POR Arma de Fogo Enforcamento Drogas Queda de Nivel Outro Ignorado
Arma Branca Veneno Etilismo

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

Intoxicacão Acidental Queda Acidental Afogamento Queimadura Outro Ignorado

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Via Pública Domicílio Ambiente de Trabalho Escola Outro Ignorado

ATENDIMENTO

Queixa Principal - Motivo

• Punti de vîtrău de gude la
moto 100 ± 10. Diferență de la vîtră
la clădirea în grande. Glasgow 15

Exame Físico

PESO TEMP. PA FR



EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO

Solicitado Rx da cloridrato esfumarado **OK**
- Typoia
- Encaminhado M Sua Toffa Sa

Diagnóstico Inicial

anorexia de urato

Diagnóstico Definitivo

Hora e Data da Alta

Médico - Assinatura - Carimbo

Proced.

Esp.

Idade

Faturamento - SIA - SUS



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - AABB - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

CLÍNICANúmero do Registro: 38367Data: 01/08/17**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Marcelo Fabrício Liguera Soares
Idade: 35 Sexo: Masc. Cor: Pardo Estado Civil: Casado
Profissão: Mecânico Naturalidade: Brasil

Endereço:

Rua: R. joão cipriano ferreir N.º: 269 Bairro: centro
Idade: Itaembe Estado: PE Fone: 96461183

Filiação:

Pai: João Marcelo Soares
Mãe: Edileneza Liguera Soares

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

fran erupt de mancha

Hipótese Diagnóstica:

ery de cunha

Exames Solicitados:

rx

Condições de Alta**Motivo de Alta**ALTA EM 03/08/17

Cirurgia Realizada:		N.º do Documento:	
Enx. & Fr. Clavicular			
Data:	02/08/17	Inicio:	Término:
Cirurgião:	Edine	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:
		Anestesista:	

Dr.

Janeira

2º seguindo + fundo de fratura com m
fixo tubular

Reabilitação

Dr. Edine

CRM: 15.122

CPF: 682.723.544-20



PROIBIDO PLASTIFICAR
1221662851

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1221662851

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

NOME: AROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 5087000 SSP PE

CPF: 039.765.344-12 DATA NASCIMENTO: 13/10/1981

FILIAÇÃO: JOSE AROLDO SOARES

EDILEUZA SIQUEIRA SOARES

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AD

Nº REGISTRO: 01847587492 VALIDADE: 15/02/2021 1ª HABILITAÇÃO: 08/06/2001

OBSERVAÇÕES: sem observações

Assinatura do Portador: *Arildo Fabricio Siqueira Soares*

ASSINATURA DO PORTADOR: *Arildo Fabricio Siqueira Soares*

LOCAL: SERRA TALHADA - PE DATA EMISSÃO: 16/02/2016

ASSINATURA DO EMISSOR: *Arildo Fabricio Siqueira Soares*

11015586384
PE071308121

DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 15:03:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012515034482000000072579919>
Número do documento: 21012515034482000000072579919

Num. 74048547 - Pág. 19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014801845114

DETRAN-PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DENATRAN

Nº 014801845114
BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 014801845114
BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS.
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PETROLINHOS

— CPF / CNPJ —

039.765.344-52
PLACA —
CELESTE

— CHASSI —
9G2JG110000723414

— COMBUSTÍVEL —

— MARCA / MODELO —
HONDA / CG 125 FAN K5

— ANO FAB. —
2011

— ANO MOD. —
2011

— CATEGORIA —
2P / 124CI

— COR PREDOMINANTE —
VERMELHO

— VENC. COTAS —

1º VENC. COTAS

— COTA ÚNICA —

IPVA 2019 QUADRADO

— PARCELAGEM. COTAS —

2º PARCELAGEM. COTAS

— DATA DE PAGAMENTO —

PRÉMIO (AR PAR.º) (R\$) —

10F (R\$) —

PRÉMIO TOTAL (R\$) —

0,32

FRÉMIO TOTAL (R\$) —

0,32

DATA DE PAGAMENTO —

PRÉMIO (AR PAR.º) (R\$) —

10F (R\$) —

PRÉMIO TOTAL (R\$) —

0,32

FRÉMIO TOTAL (R\$) —

0,32

DATA DE PAGAMENTO —

PRÉMIO (AR PAR.º) (R\$) —

10F (R\$) —

PRÉMIO TOTAL (R\$) —

0,32

DATA DE PAGAMENTO —

PRÉMIO (AR PAR.º) (R\$) —

10F (R\$) —

PRÉMIO TOTAL (R\$) —

0,32

CONTRAN

TransGlobe-Soft

PAS / MOTOCICLETA

ESPECIE TIPO —

— MARCA / MODELO —

HONDA / CG 125 FAN K5

— CAP. (DT. OIL) —

— CATEGORIA —

2P / 124CI

— OBSERVAÇÕES —

SEM RESERVA.

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159216 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES **Data do acidente:** 01/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159216 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HAROLDO FABRICIO SIQUEIRA SOARES **Data do acidente:** 01/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 4/5

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Procuração

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

1. Outorgante Haroldo Fabrício Siqueira Soares

portador(a) do documento de identidade nº 5087.000, expedido por SSP-PE, em 17/02/2000, inscrito no CPF sob o nº 039 765.344-12, residente na Agronil 08 Bloco 03 Litorâneo Bravô, nº 40, complemento Projeto Ico-Mauá Bairro Zona Rural, cidade Petrolândia, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em 29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na Rua Francisco Olavo, nº 110, complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade Serra Talhada, Estado PE.

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

Petrolândia 22 de Abril de 2020.

Outorgante

Haroldo Fabrício Siqueira Soares

