



Número: **0017477-38.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE PEREIRA FERREIRA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
56443 992	14/01/2020 15:55	<u>2584921_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00174773820198172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove JOSE PEREIRA FERREIRA, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no ombro esquerdo, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001141555333100000055526977>
Número do documento: 2001141555333100000055526977

Num. 56443992 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180503180 Cidade: Paulista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA Data do acidente: 12/07/2018 Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO CONTUDO EM COTOVelo ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das

sequelas:

Documentos

complementares:

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

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Lider- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no ombro esquerdo em grau médio (50%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no ombro esquerdo, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ademais, conforme demonstrado pela própria ré, nos documentos de atendimento médico resta comprovada a ausência de sequelas tendo em vista que o autor sofreu uma suposta **luxação sem deformidade** no momento do acidente:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001141555333100000055526977>

Número do documento: 2001141555333100000055526977

Num. 56443992 - Pág. 2

24 HORAS - IGARASSU		PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP
Número da Classificação de Risco - Protocolo Data hora retirada da senha: 12/07/2018 10:54		
Nome Paciente: JOSE PEREIRA FERREIRA Cód. Paciente: Data de Nascimento: 01/05/1966 Sexo: Masculino Idade: 52 Senha: 0076 Convênio: Atendimento: SAME:		
Data: 12/07/2018 10:58 - 12/07/2018 11:00 Paciente: MUN TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação Sintoma: URGÊNCIA - AMARELO Local: AMARELO Sintoma Principal: AFIRMA QUEDA DE MOTO COM IMPACTO EM MSE/MIE RELATA NAO SENTIR NADA EM DORSO OU TRONCO Observação: ACIDENTE DE MOTO. Toma REMEDIO CONTROLADO. Exame/Exame sintoma: TRAUMA Exame/Exame sintoma: SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE Exame/Exame sintoma: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
Exame/Exame sintoma: ESCALA DE GLASGOW: 15 Exame/Exame sintoma: RÉGUA DE DOR: 5 Exame/Exame sintoma: P.A. DISTOLICA: 88.00 MMHG Exame/Exame sintoma: P.A. SISTOLICA: 148.00 MMHG		

Desta forma, os documentos médicos apresentados nos autos comprovam a AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE do autor.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o ombro esquerdo não possuía sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
 Pede Deferimento,

RECIFE, 14 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001141555333100000055526977>
 Número do documento: 2001141555333100000055526977

Num. 56443992 - Pág. 3



Número: **0017477-38.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE PEREIRA FERREIRA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56443 994	14/01/2020 15:55	ANEXO 1	Outros (Documento)



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE PEREIRA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180503180
Vitima: JOSE PEREIRA FERREIRA
Data do Acidente: 12/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180503180**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13529375

Pag. 01881/01882 - carta_01 - INVALIDEZ



00010941



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415553343900000055526979>
Número do documento: 20011415553343900000055526979

Num. 56443994 - Pág. 1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389833/18

Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA

CPF: 475.251.424-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/07/2018

Titular do CPF: JOSE PEREIRA FERREIRA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA : 059.058.754-48

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

JOSE PEREIRA FERREIRA : 475.251.424-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/10/2018
Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA
CPF: 059.058.754-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415553343900000055526979>
Número do documento: 20011415553343900000055526979

Num. 56443994 - Pág. 2

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389833/18

Número do Sinistro: 3180503180

Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA

Data do acidente: 12/07/2018

CPF: 475.251.424-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEREIRA FERREIRA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2018

Nome: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

CPF: 059.058.754-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018

Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

CPF: 097.679.434-98

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



PROCURAÇÃO



Outorgante: JOSE PEREIRA FERREIRA, brasileiro (a), estado civil: Casado, profissão: Desempregado, residente e domiciliado Rua Tv 4 Rios Tapajos,, nº 798, bairro: Boa Esperança, CIDADE: ABREU E LIMA Estado de PERNAMBUCO. Cep:53.580-314 Portador (a) do RG:3.068.391 SSP/PE , CPF: 475.251.424-91

Outorgado: MARIA ÁUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA brasileiro (a), estado civil SOLTEIRA, profissão EMPRESARIA, residente e domiciliado (a) à Rua Tomaz Gonzaga, nº 248, bairro: Zumbi, Município de RECIFE, Estado de (o) PERNAMBUCO - CEP.: 50.711-090, portador (a) do RG nº 6.359.362 SDSPE/ e CPF nº 059.058.754-48.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOSE PEREIRA FERREIRA, ocorrido em 12/07/2018 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, solicitar a declaração do Bombeiro, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

A.G21WAT, 14 de AGOSTO de 2018.



Jose Pereira Ferreira
Outorgante
CPF Nº 475.251.424-91

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Cartório Alfredo Mariano. TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
BEL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabl. Civil Urbano Retirado de Sena, N° 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep. 53.520-280 - Fones: (81) 3542-1301/3541-0572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de JOSE PEREIRA FERREIRA,
Abreu e Lima/PE, 14/08/2018 11:03:55, em testemunho da verdade.
Encomentos: R\$ 3,99 IPI: R\$ 0,80 Total: 4,79 RC-3-6297

Luciana Oliveira de Lima Marques - Substituta
Selo digital: 0150607.AK508201802.04229



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180503180 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA **Data do acidente:** 12/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO CONTUDO EM COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180503180 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA **Data do acidente:** 12/07/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CORTO CONTUDO EM COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA José Raimunda FumariaDATA DO ACIDENTE 12/09/18 CPF DA VITIMA 445.251.424-91

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM

A VITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 É quem representa a vitima menor, de 0 a 15 anos, pode ser pai ou mãe

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

 MORTE = 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 \$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 90 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA. COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOBTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 É quem representa a vitima menor, de 0 a 15 anos, pode ser pai ou mãe

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 23/10/18

IDÉNTICIA

NOME _____
ASSINATURA Jp

EXCELSIOR SEGUROS
24 OUT 2018
SEGURO DE VÁT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014083340777

VIA:	CÓD. RENAVAM:	ENTRADA:	EXERCÍCIO:
1	703017942	*****	2018
NOME: ROBSON DE MENEZES FERREIRA			
ABREU E LIMA-PE			
098.116.164-26	PLACA:	PGN3219	
PLACAMENTO:	CHASSI:	9C2ND1110ER003657	
ESPECIE TIPO: PAS MOTOCICLETA		COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL.	
MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300		ANO FAB:	ANO MOD:
CAP/POT/CC: 2P/291 CL		2013	2018
CATEGORIA: PARTIC		COR PREDOMINANTE: VERMELHA	
I P V A	COTA UNICA IPVA 2018 QUITADO	VEND. COTA UNICA	1 ^a * * * * *
	FAXA IPVA: 1	PARCELAMENTO/COTAS	2 ^a * * * * *
			3 ^a * * * * *
PRÉMIO TARPARIOS (R\$) / ICP (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO		OBRIGADO	
SEM RESERVA		OBSERVAÇÕES	
DOCUMENTO DE PORTO DE CARGA		N.º DO PAGA TRANSFERÊNCIA	
ABREU E LIMA-PE		DATA: 26/06/18	
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
Diretor Presidente DETAN/PE			





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOSE PEREIRA FERREIRA	Date de Nascimento 01/05/66
Nº de Inscrição 475251424-91	

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

JOSE PEREIRA FERREIRA
Assinatura

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

JOSE PEREIRA FERREIRA
Assinatura

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedado e exigível por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.





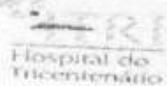
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO DESSA CARTEIRA	3.868.391
DATA DE EXPEDIÇÃO	30.06.1997
JOSE PEREIRA FERREIRA	
ESPAÇO PARA ASSINATURA	Gelson Bazilio Ferreira Elisa Felix Pereira
NATURALIDADE	DIA DE NASCIMENTO
Juripiranga-PB	01.05.1966
DOC. ORIGEM C.N.8237-L.17-A-F.314-Cart. Juripi- ranga-PB	LEI N° 7.116 DE 29/08/89
CPF	Assinatura do Diretor
RECIBO - RE	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415553343900000055526979>
Número do documento: 20011415553343900000055526979

Num. 56443994 - Pág. 10

0389933|18



Declaração de Comparecimento

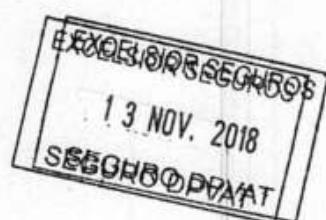
Declaro que o (a) **Sr. (a) JOSE PEREIRA FERREIRA** compareceu no Hospital do Tricentenário no dia **23/10/2018** das **06:07** às **12:00** horas para fins de atendimento.

CID 10 = S 42 - FRAT DA CLAVICULA ESQ

Olinda, 23/10/2018

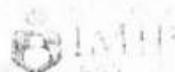
Dr. NISAN BAIA DA ROCHA JUNIOR
CRM: 13240

Hospital do Tricentenário
Rua Farias Neves Sobrinho, n. 232 Bairro: Novo Cidade: Olinda - PE Cep. 53.120-420
CNPJ: 10.158.920/0001-33 Fone: (81) 3429-2622
www.hospitaldotricentenario.com.br





UPA IGARASSU - IGARASSU



cedimento: 988249

Data e Hora: 12/07/2018 11:03

classificação:

0076

Paciente: 76785 JOSE PEREIRA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 01/05/1966 Idade: 52 anos

Convenio:

SUS PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELISA FELIX PEREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA PLANTONISTA

CRM: 103604

Endereço: IAIABOI

- 798

Bairro: CENTRO

Município: ABREU E LIMA

PE Cep: 53510180

Usuário Atendimento: ANALIS

(Localidade):

(Cadastral de Pessoa Física):

Data de Emissão:

Fone:

(Certidão de Registro de Nasc.):

Data de Emissão CRN:

ATUP/PGO
0076

ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: Fim: mm:

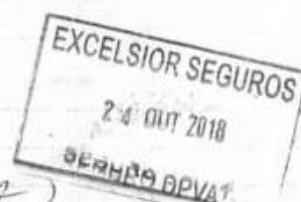
DATA: / / HORA: :

SÍMPTOMA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Dor + Fumamento Puffarom + h Ctosur
 (E) APOS TRAUMA (causou mto x dor)

Exame Físico:

Dor + Limitação de ADM
 Fumamento Puffarom Ctosur (E)



DISE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fumum curvum (E)

INDICAÇÃO DE EXAMES:

RX Corzvors e IMRs

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- ① DIPRIVON 1500, 02, 10m
- ② LIMPUR + CURTIVO CORZVOR ESFERICO
- ③ TIRÓXINE MSG

SS-2178
Manda

Luis Teixeira Neto
Medicina Geral
CRM: 103604

Atendido / Crimpepe:

ADMINTADO: Ambulatório Sala Verde Sala Amarela Sala Vermelha

Atendido / Crimpepe:



Evolução Clínica (pareceres, resultado de exames, etc.)

Evolução de Enfermagem (ASS/COREN)

Evolução do Serviço Social (ASS/CRESS)

DESTINO:

() Meltorada () Com Atestado () Com Prescrição
TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____
ÓBITO Data: 12/21/18 ÀS _____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IBI

Médico / Cremepc: _____

TERMOS DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Eu/Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluta conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: _____ HORA: _____

NOME E SÍGNEU: _____

TIPO DE PARENTESCO: _____

SINATURA: _____

RECUPERAÇÃO / CARIMBOS: _____



24 HORAS - IGARASSU

Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 12/07/2018 10:54

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE (MR)

Nome Paciente:	JOSE PEREIRA FERREIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	01/05/1966
Sexo:	Masculino
Idade:	52
Senha:	0076
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 12/07/2018 10:58 - 12/07/2018 11:00

Acolhido(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Local: URGÊNCIA - AMARELO

AMARELO

Sintoma Principal: AFIRMA QUEDA DE MOTO COM IMPACTO EM MSE/MIE
RELATA NAO SENTIR NADA EM DORSO OU TRONCO

Observação: ACIDENTE DE MOTO.
TOMA REMEDIO CONTROLADO.

Sintoma sintoma: TRAUMA

Exame(s) ou procedimento(s): SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Spécialité: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Exames feitos:
- Escala de Glasgow: 15
- Regua de Dor: 5
- P.A. DÍSTOLICA: 88.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 148.00 MMHG



Acolhido(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/07/2018 11:00



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROBSON DE MENEZES FERREIRA,
RG nº 8.563.383, data de expedição 04/04/2017
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 098.116.169-26, com
domicílio na cidade de ABREU E LIMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
47v Rio Tapajós, nº 798,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima JOSE PEREIRA FERREIRA, cujo o condutor era
ROBSON DE MENEZES FERREIRA.

Veículo: HONDA / XRE 300

Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: PGN 3219

Chassi: 9C2ND1110ER003657

Data do Acidente: 12-07-2018

Local e Data: _____

Robson de Menezes Ferreira
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
BFL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelião / Rua Cel. Urbano Matheus de Sá, nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep. 53.520-200 - Fones: (81) 3542-1381/3541-0572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de ROBSON DE MENEZES FERREIRA,
Abreu e Lima/PE, 16/08/2018 15:08:48, em testemunho da verdade.
Envolvidos: R\$ 3,99 ISEN: R\$ 0,00 Total: 4,79 RC-3-63139

Priscila Alves
Priscila Alves Fernandes - Escrivente
Selo digital: 0150607.DZV08201802.01345

consulte autenticidade em www.tjepe.jus.br/autenticidade





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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**.

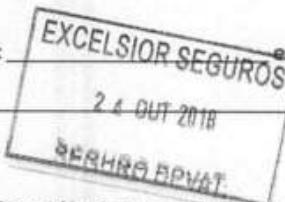
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA AUREA LUCENA DE ALMEIDA VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.058.754 / 48, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEREIRA FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.251.424 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura JNVAUPEZ da Vítima JOSE PEREIRA FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.251.424 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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	Rua TOMAZ GONZAGA	Número 248	Complemento
Bairro	ZUMBI	Cidade Recife	Estado PE CEP 50.711 - 090
Email		Telefone comercial (DDD) 81. 3542.6913	Telefone celular (DDD) 81. 98680.5660

Recife, 16 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Maria Auxilio Alves Vieira
Assinatura do Declarante





CTC RECIFE PE PL2

PC-07

JOSE PEREIRA FERREIRA
47V RIO TAPAJOS 798
CS - BOA ESPERANCA
53580-314 ABREU E LIMA - PE



321109423006888000001510710 170718

Postagem: 17/07/2018

Vencimento: 27/07/2018

Emissão: 16/07/2018

Fechamento próxima fatura: 22/08/2018

Titular: JOSE PEREIRA FERREIRA
Cartão: 6062.XXXX.XXXX.6595

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

27/07/2018

A) pagamento total R\$ ou

132,78

B) pagamento para rotativo (a partir de) R\$ ou

19,92

C) parcelas fixas R\$ ou

12,90
+23x 12,90

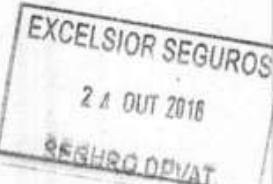
D) pagamento mínimo para R\$ financiamento

Não Disponível

Nova opção de pagamento
D) Pagamento mínimo para financiamento: quando disponível, o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Límite total de crédito	1.590,00
Límite utilizado no mês	120,88
Límite de crédito parcelado	2.385,00
Retirada de recursos País(saque)	70,00



Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento

Número do Pagador/CNPJ

Número do Beneficiário/CNPJ/CRPS

Endereço do Beneficiário

34191.75330 67042.582048 00173.090002 4 000

00133670425/0060537

JOSE PEREIRA FERREIRA - 475.251.424-91

HIPERCARD BANCO MUL TIPOLO S.A - 03.012.230/0001-69

AV RUI BARBOSA, 251, 1ºA, GRAÇAS - RECIFE - PE

Nome/Número

recibo do pagador

175/13670425-4

Valor do documento

R\$ 132,78

Vencimento

27/07/2018

Autenticação Mecânica

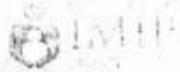


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415553343900000055526979>
 Número do documento: 20011415553343900000055526979

Num. 56443994 - Pág. 17



UPA IGARASSU - IGARASSU



Número de Ponto Atendimento:

Documento: 988249

Data e hora: 12/07/2018 11:03

Assificação:

0076

Paciente: 76785 JOSE PEREIRA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/05/1966 Idade: 52 anos

Convenio: 2

SUS PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELISA FELIX PEREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA PLANTONISTA

Endereço: TANAJÓI

798

Bairro: CENTRO

Unidade/Filial: UPA IGARASSU

PE Cep: 53510180

Usuário Atendimento: ANALIN

Identidade:

Data de Emissão:

(Cadastral de Pessoa Física):

Fone:

(Certidão de Registro de Nasc.):

Data de Emissão CRN:

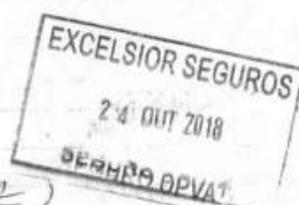
Altura:	Temperatura:	°C FC:	bpm	FR:	bpm	Pa:	mmHg
Data:			Hora:				

DOENÇA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Dor + Fumamento Puriforme em Coronas
 (E) APOS TRAUMA (causado moto x am)

Exame Físico

Dor + Limitação de AM
 Fumamento Fumiforme Coronas (E)



DISESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fumam冠部 (E)

ESTAGÃO DE EXAMES:

RX coronas e IMR

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- ① Diagnóstico: Trauma, ur, fum
- ② Límpio + Curativo
Coronas escurecidas
- ③ TIRÍN MSE

SS: 27/07/2018
Mendes

União Teixeira Neto
Linha de Qualificação:
Médico

CORRADO

Atendido / Cremesp:

AVALINHADO: Ambulatório Sala Verde Sala Amarela Sala Vermelha

Atendido / Cremesp:



Evolução Clínica (pareceres, resultado de exames, etc.)

Evolução de Enfermagem (ASS/COREN)

Evolução do Serviço Social (ASS/CRESS)

DESTINO:

Meltorada Com Atestado Com Prescrição
TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____
TÓRITO Data: 12/27/18 ÀS _____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IRI

Médico / Cremepe: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANO!

Assino/Assento-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluta conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

HORA: _____

NAME LEGÍVEL: _____

GRADO DE PARENTESCO: _____

SINATURA: _____

INSCRIÇÃO / CARIMBOS: _____



0389833118



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUINSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC
DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0118007998

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/08/2018** às **09:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE PAULISTA, 1 - Bairro: CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ROBSON DE MENEZES FERREIRA (OUTRO)
JOSE PEREIRA FEREIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBSON DE MENEZES FERREIRA

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

JOSE PEREIRA FEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: . Data de Nascimento: 1/5/1966 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 3068391/SDS/PE (RG), 47525142491 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Telefones Celulares:
- 986499595

Endereço Residencial: RUA RIO TAPAJOS, 798 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

ROBSON DE MENEZES FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 19/12/1996 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ROBSON DE MENEZES FERREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a):
ROBSON DE MENEZES FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XRE300 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PGN3219 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 703017942 Chassi: 9C2ND1110ER003657

Complemento / Observação

... DO 180118-1108610c=725778... 07/08/2018



SEGUNDO RELATA A VITIMA, ESTAVA COMO PASSAGEIRO NA MOTO CITADA, PILOTADA PELO SEU FILHO ROBSON, ONDE ESTES VINHAM PELA BR 101 PROXIMO AO BARILOCHE, QUANDO UM CAMINHAO DE PLACA MNE 6618 ENTROU NA SUA FRENTE RAPIDAMENTE, NAO DANDO TEMPO PARA FREIAR, QUE O PILOTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, A VITIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DE IGARASSU - ATENDIMENTO 988249 - ONDE RECEBEU ATENDIMENTO DE EMERGENCIA.

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

x José Pereira Ferreira
JOSE PEREIRA FEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: FERNANDO ALBERTO PEREIRA CAVALCANTE - Matrícula: 319754-9

<https://security.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=118&idOc=725778...> 07/08/2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415553343900000055526979>
Número do documento: 20011415553343900000055526979

Num. 56443994 - Pág. 21

0389833118



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUINSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC
DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0118007998

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/08/2018** às **09:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE PAULISTA, 1 - Bairro: CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ROBSON DE MENEZES FERREIRA (OUTRO)
JOSE PEREIRA FEREIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBSON DE MENEZES FERREIRA

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

JOSE PEREIRA FEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: . Data de Nascimento: 1/5/1966 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 3068391/SDS/PE (RG), 47525142491 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Telefones Celulares:
- 986499595

Endereço Residencial: RUA RIO TAPAJOS, 798 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

ROBSON DE MENEZES FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 19/12/1996 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROBSON DE MENEZES FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
ROBSON DE MENEZES FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XRE300 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PGN3219 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 703017942 Chassi: 9C2ND1110ER003657

Complemento / Observação

... DO 18E0118007998... 07/08/2018



SEGUNDO RELATA A VITIMA, ESTAVA COMO PASSAGEIRO NA MOTO CITADA, PILOTADA PELO SEU FILHO ROBSON, ONDE ESTES VINHAM PELA BR 101 PROXIMO AO BARILOCHE, QUANDO UM CAMINHAO DE PLACA MNE 6618 ENTROU NA SUA FRENTE RAPIDAMENTE, NAO DANDO TEMPO PARA FREIAR, QUE O PILOTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, A VITIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DE IGARASSU - ATENDIMENTO 988249 - ONDE RECEBEU ATENDIMENTO DE EMERGENCIA.

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

x José Pereira Ferreira
JOSE PEREIRA FEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: FERNANDO ALBERTO PEREIRA CAVALCANTE - Matrícula: 319754-9

<https://security.sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=118&idOc=725778...> 07/08/2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415553343900000055526979>
Número do documento: 20011415553343900000055526979

Num. 56443994 - Pág. 23



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	475257424 - 91	JOSE PEREIRA FERREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	JOSÉ PEREIRA FERREIRA	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	412 TRAVESSA RIO TAPAJOS	Número	CONFERENTE
Bairro	BOA ESPERANÇA	Cidade	Complemento
Email		Estado	PE
		CEP	53580-314
		Telefone (DDD)	(081) 8-86499595

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.001,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Name _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	D/V
3122	037595	4	op-013
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ABREU E LIMA 16 de outubro de 2013

Local e Data

José Pereira Ferreira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415553343900000055526979>
Número do documento: 20011415553343900000055526979

Num. 56443994 - Pág. 24



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE PEREIRA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180503180
Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA
Data do Acidente: 12/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180503180**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradolider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01981/01982 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13615237



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/01/2020 15:55:33
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011415553343900000055526979>
Número do documento: 20011415553343900000055526979

Num. 56443994 - Pág. 25

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE PEREIRA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180503180

Vitima: JOSE PEREIRA FERREIRA

Data do Acidente: 12/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180503180**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pág. 01975/01976 - carta_03 - INVALIDEZ



00040988

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13537738

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

