



14/01/2020

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
56443992	14/01/2020 15:55	2584921_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



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:


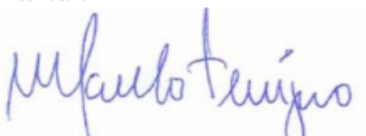
Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

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=20011415553333100000055526977>
Número do documento: 20011415553333100000055526977

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				
<p>Data da análise: 21/11/2018</p> <p>Valoração do IML: 0</p> <p>Perícia médica: Não</p> <p>Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. TRAUMA CORTO CONTUDO EM COTOVELO ESQUERDO.</p> <p>Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.</p> <p>Sequelas permanentes:</p> <p>Sequelas: Sem sequela</p> <p>Conduta mantida:</p> <p>Quantificação das sequelas:</p> <p>Documentos complementares:</p> <p>Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.</p>				
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				
<p>Empresa: Líder- Serviços AMD</p> <p>Grupo: EQ1</p> <p>Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO</p> <p>CRM: 5255920-8</p> <p>UF do CRM: RJ</p> <p>Assinatura:</p> 				

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:



24 HORAS - IGARASSU

Protocolo de Classificação de Risco - Protocolo **PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE (MI)**

Data e 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

Profissional: TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Estado: URGÊNCIA - AMARELO

Classificação: AMARELO

Queixa Principal: AFIRMA QUEDA DE MOTO COM IMPACTO EM MSEMIE
RELATA NÃO SENTIR NADA EM DORSO OU TRONCO

Observação: ACIDENTE DE MOTO.
TOMA REMEDIO CONTROLADO.

História sintoma: TRAUMA

Suspeita de fratura ou luxação sem deformidade

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Exames realizados:

- ESCALA DE GLASGOW: 15
- RÉGUA DE DOR: 5
- P.A. DISTOLICA: 88.00 MMHG
- 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





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
56443994	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

Vítima: 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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389833/18

Vítima: JOSE PEREIRA FERREIRA

CPF: 475.251.424-91

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 12/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEREIRA FERREIRA

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

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



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 médico-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

MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

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. GZIMA, 14 de AGOSTO de 2018.



Jose Pereira Ferreira
Outorgante
CPF Nº 475.251.424-91

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



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 EVIDENCIA PRESENÇA 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 EVIDENCIA PRESENÇA 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





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Seu Genival FERRAZ
DATA DO ACIDENTE 12/09/18 CPF DA VITIMA 445.251.424-91
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREGO 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)
☒ CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (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 CONFIEMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA 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

EXCELSIOR SEGUROS

24 OUT 2018

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADOS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 CONFIEMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• 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 R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

EXCELSIOR SEGUROS
24 OUT 2018
SEGURO DE VAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº **014083340777**

WA: **1** COD RENAVAM: **703017942** RNTRO: ********* EXERCICIO: **2018**

NOME: **ROBSON DE MENEZES FERREIRA**

ABREU E LIMA-PI

CPF/CNPJ: **098.116.164-26** PLACA: **PGN3219**

PLACA ANT/LU: ********* CHASSI: **9C2ND1110ER003657**

ESPECIE TIPO: **PAS MOTOCICLETA** COMBUSTIVEL: **ALCO/GASOL**

MARCA/MODELO: **HONDA/XRE 300** ANO FAB: **2013** ANO MOD: **2018**

CAP/POT/CL: **2P/291 CL** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **VERMELHA**

COTA UNICA: **IPVA 2018 QUITADO** VENC COTA UNICA: **1º *******

PARCELAMENTO/COTAS: **2º *******

PREMIO TARPAGO (R\$): **SEGURO PAGU** IOF (R\$): ********* PREMIO TOTAL (R\$): ********* DATA DE PAGAMENTO: *********

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES: **SIM RESERVA**

DOCUMENTO DE PORTE OUTR GASTO: *********

ABREU E LIMA-PI

Charles Andreas Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PI

DATA: **26/06/18**





 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE PEREIRA FERREIRA

Nº de Inscrição
475251424-91

Data do Nascimento
01/05/66



VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 16/02/00

Assinatura
Jose Pereira Ferreira
JOSE PEREIRA FERREIRA

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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 3.068.391	DATA DE EXPEDIÇÃO 30.06.1997
NOME JOSE PEREIRA FERREIRA	
FILIAÇÃO Gelson Bazilio Ferreira Elisa Felix Pereira	
NATURALIDADE Juripiranga-PB	DATA DE NASCIMENTO 01.05.1966
DOCUMENTO C.N.8237-L.17-A-F.314-Cart.Juripi ranga-PB	
CPI	
ASSINATURA DO DIRETOR Bel. Jose Urbano Cordeiro de Mello LEI N° 7.116 DE 29/08/83	



0389833/18



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

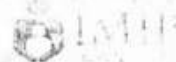
Hospital do Tricentenário

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.hospitaidotricentenario.com.br





UPA IGARASSU - IGARASSU



CENTRO DE PRONTO ATENDIMENTO

Atendimento: 988249

Classificação:

0076

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

Paciente: 76785 JOSE PEREIRA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de 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

CRM: 13064

Antecedente: TAIJAJOI

798

Bairro: CENTRO

Município/UF: AGRIO E LIMA

PE

Cep: 53510180

Usuário Atendimento: ANATON

Identificação:

Data de Emissão:

Cadastro de Pessoa Física:

Fone:

Certidão de Registro de Nascimento:

Data de Emissão CRN:

OGRJ/2018
2018/07/12

ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: mmHg

DATA: 1 1

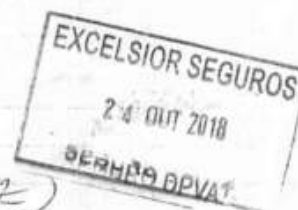
HORA: 1

SOLICITAÇÃO PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Dor + Fumigação poriforme na coluna
(E) APOS TRAUMA (COLUNA L4/L5 X L5/S1)

EXAME FÍSICO:

Dor + Limitação de ADM
Fumigação Fumiforme Coluna (E)



HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fração Cervical (E)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

RX Coluna e JMB

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- ① Dipirona 1g, 40, 02, 12h
- ② Limpa + Curativo Coluna Escala
- ③ Tensão MSE

SS: 24h
Nota
2018/07/12

Atendimento / Creche:

Atendimento: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Atendimento / Creche:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

A: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☒ Com Prescrição

TRANSFERENCIA LOCAL: SENHA:

ÓBITO Data: 12.22.18 ÀS () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () RUI

Médico / Cremepe:

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

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

DATA: 12/22/18 HORA: 15:55

NOME LEGÍVEL:

GRAU DE PARENTESCO:

SINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



24 HORAS - IGARASSU

Plano de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE (MH)

Data e 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:

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

Atendente: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: URGÊNCIA - AMARELO

AMARELO

Queixa 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.

Exograma sintoma: TRAUMA

Sintomador(es): SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Exames realizados:
- 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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 098.116.164-26, com
domicílio na cidade de ABREU E LIMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
4TV RIO TAPAYOS, nº 798,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima 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: _____

Cartório
Alfredo Mariano

Robson de Menezes Ferreira
Assinatura do Declarante



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



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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VÉIGA 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 INVALIDEZ 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: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar



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

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

Endereço <u>RUA TOMAZ GONZAGA</u>		Número <u>248</u>	Complemento
Bairro <u>ZUMBI</u>	Cidade <u>RECIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50.711-090</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>81.3542.6913</u>	Telefone celular (DDD) <u>81.98680.5660</u>	

RECIFE, 16 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Maria Auroa L. de A. Veiga
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017





CTC RECIFE PE PL2 PC-07

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



Postagem: 17/07/2018
Vencimento: 27/07/2018
Emissão: 16/07/2018

321109423006880000001510710 170718

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

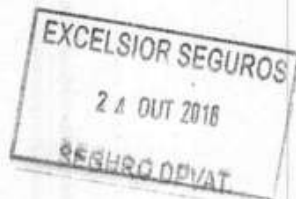
C) parcelas fixas R\$ ou
12,90
+23x 12,90

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\$

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



☒ Compra presencial com o uso do cartão e senha.

Consulte outras opções

Lançamentos: compras e saques

JOSE P FERREIRA (final 0478)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
04/03	DI SANTINI	28,02
16/06	NETFLIX.COM	37,90
	SAO PAULO	

Lançamentos no cartão (final 0478) 65,92

JOSE P FERREIRA (final 6595)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
11/07	SERV EDUC LAR E S01/06	55,00

Lançamentos no cartão (final 6595) 55,00

Lançamentos: produtos e serviços

DATA	PRODUTOS/ SERVIÇOS	VALOR EM R\$
------	--------------------	--------------

Continua...



Banco Itaú S.A. 341-7
Número do Documento
Nome do Pagador/CNPJ
Nome do Beneficiário/CNPJ
Endereço do Beneficiário

34191.75330 67042.582048 00173.090002 4 000
00133670425/0060537
JOSE PEREIRA FERREIRA - 475.251.424-91
HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69
AV RUA BARBOSA, 251, P.A., GRAÇAS - RECIFE - PE

Novo Número
Valor do documento
Vencimento

recibo do pagador
175/13670425-4
R\$ 132,78
27/07/2018
Assinatura Mecânica



24h

UPA IGARASSU - IGARASSU

BIMIP

CIDADE DE PONTO ATENDIMENTO

Atendimento: 988249

Classificação:

0076

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

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

CRM: 12764

Endereço: TABAJOI

798

Bairro: CENTRO

Município: ARIQUÊME

PE

Cep: 53510180

Usuário Atendimento: ANATIN

Identidade):

Data de Emissão:

Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Certidão de Registro de Nascimento):

Data de Emissão CRN:

ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: mmHg

DATA: 11/07/2018 HORA: 11:03

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

DOR + FUMIGAMENTO PONTIFORME EM COTOVELO
(E) APÓS TRAUMA (COLUNA MOTO X CARRO)

EXAME FÍSICO

DOR + LIMITAÇÃO DA ADM
FUMIGAMENTO FUMIFORME COTOVELO (E)



DIAGNÓSTICO(S) DIAGNÓSTICA(S):

FRACTURA CRIVICA (E)

CITACÃO DE EXAMES:

RX COTOVELO e OMERO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- ① DILATAÇÃO 1g, 10, 02, 10g
- ② LIMPA + CURATIVO COTOVELO ESQUERDO
- ③ TIPSIN MSE

SS: 21/07/2018
Lidia Teixeira Neta
Médica Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM: 12764

Sala / Creche:

AMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Sala / Creche:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

A: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☒ Com Prescrição

☐ TRANSFERENCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

☐ ÓBITO Data: 12.03.18 ÀS _____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () B.O.

Médico / Cremepe: _____

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

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

DATA: _____ HORA: _____

NOME LEGÍVEL: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

SIGNATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____



0389833/18



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0118007998**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO 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 FERREIRA (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 FERREIRA (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



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 FERREIRA
(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



0389833/18



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0118007998**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 FERREIRA (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 FERREIRA (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



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 FERREIRA
(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





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: **475257424-91** Nome completo da vítima: **JOSE PEREIRA FERREIRA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSE PEREIRA FERREIRA		CPF titular da conta		Profissão	CONFERENTE
Endereço	412 TRAVESSA RIO TAPAJOS		Número	798	Complemento	
Bairro	BOA ESPERANÇA	Cidade	ABREU E LIMA	Estado	PE	CEP
Email						53580-314
				Telefone (DDD)	(081) 9-86499595	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome: _____ NRQ: _____

AGÊNCIA
NRQ: _____ D/V: _____

CONTA
NRQ: _____ D/V: _____

AGÊNCIA NRQ: **3122** D/V: _____ (Informar dígito se existir)

CONTA NRQ: **037595** D/V: **4** (Informar dígito se existir)

op-013

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 2018
Local e Data

Jose Pereira Ferreira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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.seguradoralider.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



Rio de Janeiro, 30 de Outubro 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: 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

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.

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

Pag. 01975/01976 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13537738

