



Número: **0001081-50.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **31/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado                               |                |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|
| EDSON CAETANO DA SILVA (AUTOR)                         |                    | JOSE ROBERTO SIMOES DE BARROS (ADVOGADO)                    |                |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)                  |                |
| Documentos                                             |                    |                                                             |                |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                                   | Tipo           |
| 56676933                                               | 20/01/2020 16:36   | <a href="#">2644651_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a> | Petição em PDF |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE

Processo: 00010815020198173370

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, 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 **EDSON CAETANO DA SILVA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,  
SERRA TALHADA, 16 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: **0001081-50.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **31/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| EDSON CAETANO DA SILVA (AUTOR)                         |                    | JOSE ROBERTO SIMOES DE BARROS (ADVOGADO)   |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |                    |
| Documentos                                             |                    |                                            |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 56676934                                               | 20/01/2020 16:36   | <a href="#">ANEXO 1</a>                    | Outros (Documento) |

Dr. João César da Cunha

CRM: 10990  
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO  
ENDOCRINOLOGIA  
Fone: (67) 3831-0018

Documentação médico - hos



EDSON CAETANO DA SILVA

Paciente vítima de acidente de moto (queda de moto) na BR 232, no dia 25/05/2018, onde veio a sofrer uma pancada contundente no membro superior direito. Foi encaminhado ao HOSPAM onde após exames de imagem foi constatado uma fratura no 5º metatarso direito e uma fratura na falange distal do 5º pododáctilo direito.

Foi realizado tratamento clínico conservador com tala gessada na mão direita.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela dores intensas nos locais das fraturas, perda de força importante em 60%, dificuldade para fechar a mão direita.

Após sua alta em definitivo o mesmo apresenta um déficit laboral em 60% para os trabalhos na agricultura visto o mesmo ser destro.

Dr. João César da Cunha  
Medicina do Trabalho  
CRM - 10990

Serra Talhada, 04 de Janeiro de 2019





**HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES**  
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Nº 343

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Idade e Sexo: 25/05/1988 - 20:50                                                                                                                                           | Data Nasc: 08/10/1987                                                                                |
| Nome: Edson Galvão da Silva                                                                                                                                                |                                                                                                      |
| Mãe: Maria Rosa da Silva                                                                                                                                                   |                                                                                                      |
| Profissão: professor                                                                                                                                                       | Sexo: M Estado Civil: casado                                                                         |
| Responsável: Francisco (pai)                                                                                                                                               | Escolaridade: 5ª série                                                                               |
| End. do Paciente: Rua 02 nº 433                                                                                                                                            |                                                                                                      |
| Município: Serra Talhada                                                                                                                                                   | UF: PE                                                                                               |
| Cartão SUS: 126635493570058                                                                                                                                                | Doc. Identidade: 1838400380415 PE                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Recém-nato<br><input type="checkbox"/> Préto <input type="checkbox"/> Pardo<br><input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena |                                                                                                      |
| Problema Atual:                                                                                                                                                            | Febre: <input type="checkbox"/> Temperatura: <input type="checkbox"/> Peso: <input type="checkbox"/> |
| História e Exame Físico:<br>Dor + sangramento na<br>cerviceal e lateral                                                                                                    |                                                                                                      |
| Tratamento:<br>Hidratação 1500 ml / 1h<br>Curativo                                                                                                                         |                                                                                                      |
| Exame Físico:<br>OX: normal<br>Mucosas: úmidas<br>Pulso: 110 bpm                                                                                                           |                                                                                                      |
| Destino do Paciente: Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Transferido <input type="checkbox"/>                                           | Res. em: Serra Talhada                                                                               |
| Assinatura do Médico: <input type="checkbox"/> Assinatura do Enfermeiro: <input type="checkbox"/>                                                                          |                                                                                                      |
| Assinatura do Médico: <input type="checkbox"/> Assinatura do Enfermeiro: <input type="checkbox"/>                                                                          |                                                                                                      |





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES  
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - PERNAMBUCO - PIA  
FUSAM/SUS/PE

## ATESTADO

Atesto para os devidos fins que

Edson Carlos da Silva

Necessita de 60 ( sessenta )  
dias de licença para tratamento de saúde, a partir da  
presente data.

CID = S-62.3

S-62.6

Serra Talhada, 05/06/18

Dr. Edson Carlos da Silva  
Médico - CRM  
CRM 15426

Médico - CRM



**Dr. João Cesar da Cunha**

CRM: 10990  
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO  
ENDOCRINOLOGIA  
Fone: (87) 3831-0018

**EDSON CAETANO DA SILVA**

Paciente vítima de acidente de moto (queda de moto) na BR 232, no dia 25/05/2018, onde veio a sofrer uma pancada contundente no membro superior direito. Foi encaminhado ao HOSPAM onde após exames de imagem foi constatado uma fratura no 5º metatarso direito e uma fratura na falange distal do 5º pododáctilo direito.

Foi realizado tratamento clínico conservador com tala gessada na mão direita.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela dores intensas nos locais das fraturas, perda de força importante em 60%, dificuldade para fechar a mão direita.

Após sua alta em definitivo o mesmo apresenta um déficit laboral em 60% para os trabalhos na agricultura visto o mesmo ser destro.

Dr. João César da Cunha  
Medicina do Trabalho  
CRM - 10990

Serra Talhada, 04 de Janeiro de 2019

Rua Joaquim Godoy, 388 - Centro - CEP: 56.9112-450 - Serra Talhada - PE - Fones: (87) 3631-6694 / 2745 / 2415



Documentos de Identificação

**EDSON CARTANO DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / LONG. EMISSÃO / UF  
1818600038 MT PE

CPF  
562.574.494-72

DATA NASCIMENTO  
08/10/1967

PAI  
LUIZ CARTANO DA SILVA

MÃE  
MARIA BEZERRA DA SILVA

PERMISSÃO  
AD

VALIDADE  
27/12/2022

1ª HABILITAÇÃO  
18/12/2008

DEBENTURES  
R\$ 0,00

*Edson Cartano da Silva*

LOCAL  
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO  
23/01/2018

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO FISCAL

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1560966780

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1560966780



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180338015 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE 5º MTC D E 5º QDD.

**Descrição do exame físico:** EDEMA E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE MÃO DIREITA; BLOQUEIO ARTICULAR PARA FLEXÃO EM 5ºQDD

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA NÃO TRAZ EXAMES PÓS-TRATAMENTO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS              | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 7%        | R\$ 945,00            |
| Total                                    |                                              |                                                      | 7 %       | R\$ 945,00            |



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Excelesior  
Consórcio de Seguros DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268665/18

Número do Sinistro: 3180338015

Vítima: EDSON CAETANO DA SILVA

CPF: 562.574.494-72

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/05/2018

CPF de: Próprio

Títular do CPF: EDSON CAETANO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Outros

#### Outros



### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019  
Nome: EDSON CAETANO DA SILVA  
CPF: 562.574.494-72

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019  
Nome: Karen Souza da Motta Rocha  
CPF: 131.046.337-97

EDSON CAETANO DA SILVA

Karen Souza da Motta Rocha



## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

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

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Edson Cabano da Silva  
Data do Acidente: 09/01/2019 Possível CPF: ☐ Sim ☐ Não Nº CPF: 386.583.594

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 09 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMN

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (frechos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos dos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
  - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)**
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
  - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
  - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
  - ☐ Outros Documentos apresentados:

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Edson Cabano da Silva  
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 386.583.594

E-mail: muelhiller.com19@gmail.com Tel.: 89 386.583.594  
Data: 09/01/2019 Assinatura: Edson Cabano da Silva

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC Sma Tolhada - PE

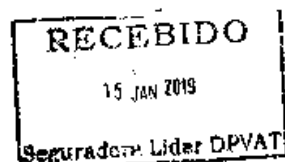
Atendente: Jefferson

Data: 09/01/19 Assinatura: [Assinatura] Matrícula: 8506841-7



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON CAETANO DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180338015**  
Vítima: **EDSON CAETANO DA SILVA**  
Data do Acidente: **25/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**



Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180338015**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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](http://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

Carta nº 13189897



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180338015 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METACARPO E 5º DEDO DE MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** % @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS              | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 %                                         | Complemento por reanálise - 0 %                      | 0%        | R\$ 0,00              |
| Total                                    |                                              |                                                      | 0 %       | R\$ 0,00              |



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268665/18

Número do Sinistro: 3180338015

Vítima: EDSON CAETANO DA SILVA

CPF: 562.574.494-72

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 25/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON CAETANO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Outros

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/02/2019  
Nome: EDSON CAETANO DA SILVA  
CPF: 562.574.494-72

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2019  
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS  
CPF: 130.358.237-66

EDSON CAETANO DA SILVA

LUIZ FELIPE DOMINGOS



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON CAETANO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180338015**

Vítima: **EDSON CAETANO DA SILVA**

Data do Acidente: **25/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180338015**.

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 13175973

Pag. 01647/01648 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020824





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180338015

Vítima: EDSON CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), EDSON CAETANO DA SILVA**

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

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00609/00610 - carta\_03 - INVALIDEZ

0060305



Carta nº 13867119





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180338015**

**Vítima: EDSON CAETANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 25/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDSON CAETANO DA SILVA**

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 945,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **EDSON CAETANO DA SILVA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000037030-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

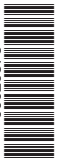
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01749/01750 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020875





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CÂMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EDSON CAETANO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.449.329EXPEDIDO POR SDS PEEM 23 / 10 / 2015CPF 562574494-72 / CNPJ 18535562-0001-03, PROFISSÃO AUTÔNOMO

E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDSON CAETANO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Autorização de pagamento



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA 0914 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 013000 37 030-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL SERRA TALHADA - PE DATA 10 / 07 / 2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Edson Caetano da Silva



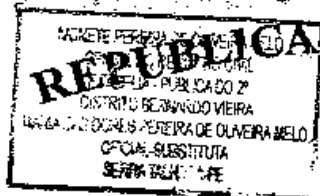
## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Ivonete Pereira de Oliveira Melo, oficial do Registro Civil do 2º distrito de Bernardo Vieira do Município e Comarca de Serra Talhada do Estado de Pernambuco, em virtude da lei e etc.

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob Nº 379 à fls. 224 do Livro Nº 07 "B" de Registro de Casamentos, verifiquei constar que no dia 01 de Fevereiro de 1990 foi realizado o casamento de EDSON CAITANO DA SILVA com FRANCISCA ROSENDO DA SILVA

contraído perante o Dr. Juiz Ailton Soares Pereira Lima e as testemunhas as constantes no termo

Ele, nascido em Fazenda Saco deste Município aos 08 de Outubro de 1967 profissão Agricultor domiciliado em Fazenda Cachoeirinha e residente em mesmo lugar filho de Luiz Caitano da Silva e Maria Bezerra da Silva

Ela, nascida em Maternidade da Cidade de Serra Talhada - PE aos 03 de Fevereiro de 1973 profissão Doméstica domiciliada em Fazenda Cachoeirinha e residente em mesmo lugar filha de João Rosendo da Silva e Pedrina Francisca da Silva

a qual passou a assinar-se FRANCISCA ROSENDO DA SILVA (mesmo nome)

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180 Nº 1 a 4 do Código Civil Brasileiro.

Foi adotado o regime de Comunhão Parcial de Bens

Observações: Está na forma do original

Assinatura do Tabelião João Romão



O referido é verdade e eu fé.

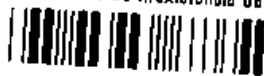
Bernardo Vieira, 03 de Dezembro de 2007

Ivonete Pereira de Oliveira Melo  
Oficial do Registro Civil



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, EDSON CAETANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.449.329 e inscrito no CPF/MF sob o nº 562.574.494-72, residente e domiciliado na RUA TRAVESSA DOIS Nº 433 ALTO DO B. JESUS, Cidade SERRA TALHADA, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edson Caetano da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

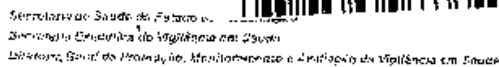
SERRA TALHADA - PE 10/07/18

Local e data

889800421



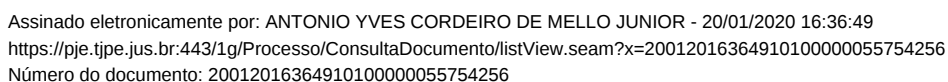
— — — — —



SECRETARIA ESTADUAL DE S. DE FERNANDEZ  
HOSPITAL REGIONAL PROF. AGASSON MAGALHÃES  
X. CLAPS - FENIL - TAMBORA  
VIA JINJA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR-VET

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

|                                                               |  |                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO - SERRA TALHADA                      |  | N. DA NOTIFICAÇÃO 234-48920-017946                      |  |
| UNIDADE SENTINELA - HOSPAM                                    |  | NÚMERO 1                                                |  |
| DATA DO ATENDIMENTO 25.05.2018                                |  | NÚMERO PREVENÇÃO 141                                    |  |
| NOME DE REGISTRO: Cristiano da Silva                          |  | TELEFONE 9739224                                        |  |
| NOME DA MÃE: Maria Bessa da Silva                             |  | MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Serra Talhada                   |  |
| GÊNERO                                                        |  | GÊNERO                                                  |  |
| DATA NASCIMENTO 08.10.67                                      |  | IDADE                                                   |  |
| RAÇA/COR                                                      |  | RAÇA/COR                                                |  |
| OCUPAÇÃO RELACIONADA AO SETOR DE TRANSPORTE                   |  | OCUPAÇÃO RELACIONADA AO SETOR DE TRANSPORTE             |  |
| NATUREZA DA OCUPAÇÃO RELACIONADA AO SETOR DE TRANSPORTE       |  | NATUREZA DA OCUPAÇÃO RELACIONADA AO SETOR DE TRANSPORTE |  |
| MEIO DE LOCOMOÇÃO DA VITIMA AO CHEGAR A UNIDADE SENTINELA     |  | CONDIÇÃO DA VITIMA AO CHEGAR NA UNIDADE SENTINELA       |  |
| DATA DO ACIDENTE 25.05.18                                     |  | HORA DO ACIDENTE 20.30                                  |  |
| MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA Serra Talhada                         |  | LOGRADOURO BR 232                                       |  |
| BAIRRO Vila Bela                                              |  | PONTO DE REFERÊNCIA De Frente ao Supermercado           |  |
| TIPO DE VITIMA                                                |  | TIPO DE VITIMA                                          |  |
| MEIO DE LOCOMOÇÃO                                             |  | MEIO DE LOCOMOÇÃO                                       |  |
| NATUREZA DO ACIDENTE                                          |  | NATUREZA DO ACIDENTE                                    |  |
| OUTRA PARTE ENVOLVIDA NO ACIDENTE                             |  | OUTRA PARTE ENVOLVIDA NO ACIDENTE                       |  |
| ACIDENTE RELACIONADO AO TRABALHO                              |  | ACIDENTE RELACIONADO AO TRABALHO                        |  |
| FATORES RELACIONADOS AO ACIDENTE                              |  |                                                         |  |
| EXCESSO DE VELOCIDADE PELO CONDUTOR                           |  | SONO/ADORMECIMENTO DO CONDUTOR                          |  |
| CONDUTOR POSSUI HABILITAÇÃO                                   |  | USO DE CÉLULAR                                          |  |
| USO DE BEBIDA ALCOOLICA PELO CONDUTOR                         |  | DESPREZANDO O SEMÁFORO                                  |  |
| OUTRO FATOR RELACIONADO AO ACIDENTE                           |  | OUTRO FATOR RELACIONADO AO ACIDENTE                     |  |
| FATORES RELACIONADOS A PROTEÇÃO DA VITIMA                     |  |                                                         |  |
| USO DE CINTO DE SEGURANÇA/EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO PELA VITIMA |  | USO DE CAPACETE PELA VITIMA                             |  |
| NATUREZA DA LESÃO                                             |  | NATUREZA DA LESÃO                                       |  |
| PARTE/REGIÃO DO CORPO                                         |  | PARTE/REGIÃO DO CORPO                                   |  |
| EVOLUÇÃO EM 72 HORAS DO ATENDIMENTO NO SERVIÇO                |  | EVOLUÇÃO EM 72 HORAS DO ATENDIMENTO NO SERVIÇO          |  |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES                                    |  |                                                         |  |





## PEDIDO DO SEGURO DPV

Declaração de Inexistência de IML



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

|                                                                                                                                |                                             |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:<br><b>3180338015</b>                                                                                    | CPF da vítima:<br><b>56257449472</b>        | Nome completo da vítima:<br><b>Edson Caetano da Silva</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                                             |                                                           |
| Nome completo:<br><b>Edson Caetano da Silva</b>                                                                                |                                             |                                                           |
| Profissão:<br><b>Autônomo</b>                                                                                                  | Endereço:<br><b>Rua Maria Leão da Rocha</b> | CPF:<br><b>56257449472</b>                                |
| Bairro:<br><b>Alto do Bom Jesus</b>                                                                                            | Cidade:<br><b>Seno Teófilo</b>              | Número:<br><b>433</b>                                     |
| E-mail:                                                                                                                        | Estado:<br><b>PE</b>                        | Complemento:<br><b>Casa</b>                               |
|                                                                                                                                |                                             | CEP:<br><b>56912-500</b>                                  |
|                                                                                                                                |                                             | Tel. (DDD):<br><b>(87) 99979.9224</b>                     |

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:

|                                           |                                                      |                                                      |                                                       |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA        | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|                                                                                             |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input 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)                                                     | Nome do BANCO: _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Itaú (341)                                                         |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)                                              |                                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)                           |                                                           |
| AGÊNCIA: <b>0914</b> <b>8</b> CONTA: <b>37030</b> <b>5</b>                                  | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____                               |
| (Informar o dígito se existir)                                                              | (Informar o dígito se existir)                            |

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: _____                                                                  |
| Grau de Parentesco com a vítima: _____                                                                                                                                                                                 | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não         |
|                                                                                                                                                                                                                        | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____                              |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                          | Se tinha filhos, informar quantos: _____                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                        | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|                                                                                                                                                                                                                        | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não        |

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

|                                                              |                                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data: <b>Seno Teófilo - PE, 15/02/19</b> | TESTEMUNHAS       |
|                                                              | Nome: _____                                      | 1º Nome: _____    |
|                                                              | CPF: _____                                       | CPF: _____        |
|                                                              |                                                  | Assinatura: _____ |
|                                                              | (*) Assinatura de quem assina A ROGO             | 2º Nome: _____    |
|                                                              | <b>Edson Caetano da Silva</b>                    | CPF: _____        |
|                                                              | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)   | Assinatura: _____ |
|                                                              | Assinatura do Representante Legal (se houver)    |                   |
|                                                              | Assinatura do Procurador (se houver)             |                   |

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

001/2018



# Declaração de Inexistência de



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 0271206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Edson Celso da Silva

CPF da Vítima

56257449472

Data do Acidente

25/05/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afeição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Seneta Macedo Jr. 08 de janeiro de 2019

Local e Data

Edson Celso da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI 0001-V001/2017



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

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

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

|              |        |
|--------------|--------|
| VALOR TOTAL: | 945,00 |
|--------------|--------|

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

CLIENTE:    EDSON CAETANO DA SILVA

BANCO:      104

AGÊNCIA:    00914

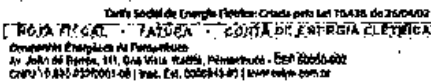
CONTA:      000000037030-5

---

---

Nr. da Autenticação 5A4EB0CC3FCD2C4D





FRANCISCA ROSENO DA SILVA

FILIA MESSIA SINCORA, IVA F0181A 433

## CLASSIFICAÇÃO

ALTO BOM JESUS/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
0001-0001

ADA  
Cep: 56906-295

|                    |            |            |
|--------------------|------------|------------|
| CONTO CORRENTE     | 2779687018 | 07/2018    |
| DATA DE VENCIMENTO | 13/07/2018 | 07/08/2018 |
| TOTAL PAGO (R\$)   |            | 36,45      |

36.45

NOTA FINAL

| Representação | Nº no plano | Nº da distribuição |
|---------------|-------------|--------------------|
| 1             | 1           | 1                  |
| 2             | 2           | 2                  |
| 3             | 3           | 3                  |
| 4             | 4           | 4                  |
| 5             | 5           | 5                  |
| 6             | 6           | 6                  |
| 7             | 7           | 7                  |
| 8             | 8           | 8                  |
| 9             | 9           | 9                  |
| 10            | 10          | 10                 |
| 11            | 11          | 11                 |
| 12            | 12          | 12                 |
| 13            | 13          | 13                 |
| 14            | 14          | 14                 |
| 15            | 15          | 15                 |
| 16            | 16          | 16                 |
| 17            | 17          | 17                 |
| 18            | 18          | 18                 |
| 19            | 19          | 19                 |
| 20            | 20          | 20                 |
| 21            | 21          | 21                 |
| 22            | 22          | 22                 |
| 23            | 23          | 23                 |
| 24            | 24          | 24                 |
| 25            | 25          | 25                 |
| 26            | 26          | 26                 |
| 27            | 27          | 27                 |
| 28            | 28          | 28                 |
| 29            | 29          | 29                 |
| 30            | 30          | 30                 |
| 31            | 31          | 31                 |
| 32            | 32          | 32                 |
| 33            | 33          | 33                 |
| 34            | 34          | 34                 |
| 35            | 35          | 35                 |
| 36            | 36          | 36                 |
| 37            | 37          | 37                 |
| 38            | 38          | 38                 |
| 39            | 39          | 39                 |
| 40            | 40          | 40                 |
| 41            | 41          | 41                 |
| 42            | 42          | 42                 |
| 43            | 43          | 43                 |
| 44            | 44          | 44                 |
| 45            | 45          | 45                 |
| 46            | 46          | 46                 |
| 47            | 47          | 47                 |
| 48            | 48          | 48                 |
| 49            | 49          | 49                 |
| 50            | 50          | 50                 |
| 51            | 51          | 51                 |
| 52            | 52          | 52                 |
| 53            | 53          | 53                 |
| 54            | 54          | 54                 |
| 55            | 55          | 55                 |
| 56            | 56          | 56                 |
| 57            | 57          | 57                 |
| 58            | 58          | 58                 |
| 59            | 59          | 59                 |
| 60            | 60          | 60                 |
| 61            | 61          | 61                 |
| 62            | 62          | 62                 |
| 63            | 63          | 63                 |
| 64            | 64          | 64                 |
| 65            | 65          | 65                 |
| 66            | 66          | 66                 |
| 67            | 67          | 67                 |
| 68            | 68          | 68                 |
| 69            | 69          | 69                 |
| 70            | 70          | 70                 |
| 71            | 71          | 71                 |
| 72            | 72          | 72                 |
| 73            | 73          | 73                 |
| 74            | 74          | 74                 |
| 75            | 75          | 75                 |
| 76            | 76          | 76                 |
| 77            | 77          | 77                 |
| 78            | 78          | 78                 |
| 79            | 79          | 79                 |
| 80            | 80          | 80                 |
| 81            | 81          | 81                 |
| 82            | 82          | 82                 |
| 83            | 83          | 83                 |
| 84            | 84          | 84                 |
| 85            | 85          | 85                 |
| 86            | 86          | 86                 |
| 87            | 87          | 87                 |
| 88            | 88          | 88                 |
| 89            | 89          | 89                 |
| 90            | 90          | 90                 |
| 91            | 91          | 91                 |
| 92            | 92          | 92                 |
| 93            | 93          | 93                 |
| 94            | 94          | 94                 |
| 95            | 95          | 95                 |
| 96            | 96          | 96                 |
| 97            | 97          | 97                 |
| 98            | 98          | 98                 |
| 99            | 99          | 99                 |
| 100           | 100         | 100                |

06/07/2018 20:17:24 985233

[illegible]

Consumption are 30 MW;  
Consumption after reduction 30 MW 100 MW;  
After being finished, the system has  
Consumption of 30 MW, 30 MW;  
Distributed to the system, the system has  
Consumption of 30 MW, 30 MW.

| QUANTITY  | PRICE (¢)  | VALUE (¢) |
|-----------|------------|-----------|
| 20 000000 | 0.10120000 | 2.024000  |
| 60 000000 | 0.20000000 | 12.000000 |

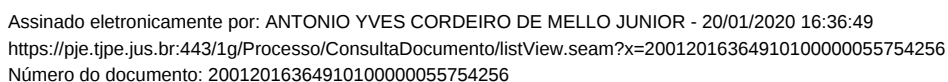
**Comprobante de residencia**

هذه هي الفوائد التي تعود على المجتمع من خلال تطبيق نظام التعليم الإلكتروني.

2644

| Nº DO<br>RECIPIENTE | TIPO DA<br>FUNÇÃO | ANTERIOR   |            | ATUAL      |            | Nº DE<br>DIAS | DETERMINANTE | AVALIAR | CONCLUSÃO @/M |
|---------------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|---------------|--------------|---------|---------------|
|                     |                   | DATA       | LEITURA    | DATA       | LEITURA    |               |              |         |               |
| MOS152              | CAT               | 11/05/2012 | 218.000,00 | 06/05/2013 | 118.000,00 | 25            | 2.000,00     |         | OK            |

| RECEITA              |               | VALORES               |              | CUSTAS                       |              | LUCRO        |              |
|----------------------|---------------|-----------------------|--------------|------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Item                 | Valor         | Item                  | Valor        | Item                         | Valor        | Item         | Valor        |
| 1. Venda de produtos | 100,00        | 2. Custo de materiais | 30,00        | 3. Salários                  | 20,00        | 4. Aluguel   | 10,00        |
| 5. Outros            | 10,00         | 6. Depreciação        | 5,00         | 7. Provisão para depreciação | 5,00         | 8. Outros    | 5,00         |
| <b>Total</b>         | <b>120,00</b> | <b>Total</b>          | <b>50,00</b> | <b>Total</b>                 | <b>50,00</b> | <b>Total</b> | <b>50,00</b> |
| <b>Lucro Líquido</b> | <b>70,00</b>  |                       |              |                              |              |              |              |

[illegible][illegible]

Declaração do proprietário do



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ISMAEL DA SILVA FRANÇA,  
RG nº 8456457, data de expedição 08/07/2008  
Órgão SAS/PE, portador do CPF nº 088 408 804 96, com  
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Três, nº 880,

complemento Carre, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima EDSON CAETANO DA SILVA, cujo o condutor era  
EDSON CAETANO DA SILVA

Veículo: Motocicleta  
Modelo: HONDA CG 150  
Ano: 2012  
Placa: PFX 0230  
Chassi: 8C2KCT650CR552004  
Data do Acidente: 25/05/2018  
Local e Data: Serra Talhada - PE, 31/10/2018

Ismael França  
Assinatura do Declarante  
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)



Edson Caetano da Silva  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)  
(Sem reconhecimento de firma)

**Reginaldo Anísio da Silva**

Declaratório Titular e Of. do Protesto  
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE

Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA

Telefone: (07) 36311-82

Reconheço a Firma por Autenticidade de REGINALDO ANÍSIO DA SILVA  
FRANÇA - Dou Fé. Serra Talhada - PE, em 31/10/2018, a da  
Verdade. ( ) Reginaldo Anísio da Silva - Titular. ( )  
Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Valor - R\$ 3,39. TSNR  
R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.FKP10201801.03509 31/10/2018 11:48:42  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.br/sf/selodigital](http://www.tjpe.br/sf/selodigital)

