



Número: **0090024-76.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDUARDO SILVA DOS SANTOS (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57122360	29/01/2020 15:39	2688789_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



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

Processo: 00900247620198172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDUARDO SILVA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 09/05/2018.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO INDEFERIMENTO DA INICIAL

Destaca-se, inicialmente, a ausência de documento indispensável a propositura de qualquer demanda judicial, qual seja, o comprovante de residência.

Compulsando os autos, percebe-se que não fora juntado documento de comprovação do domicílio do autor, em clara afronta ao artigo 320, do CPC.

Ocorre, que a ausência do referido comprovante inviabiliza até mesmo a elaboração da defesa da Ré, uma vez que impossibilita a comprovação da competência territorial.

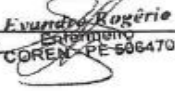
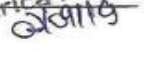
Diante disso, considerando o momento processual, requer a extinção da presente demanda, na forma dos artigos 321 c/c 485, I. CPC.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DOCUMENTOS ILEGÍVEIS

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica-se a existência de documentos ilegíveis.



 		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES		 	
FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA					
Nome: <u>Ednardo Silva dos Santos</u>				Sexo: _____	
Data de Nascimento: _____		Idade: <u>93</u>		C.I.: _____	
País ou Responsáveis: _____					
Endereço: _____					
Cidade: <u>Moreira</u>		Tel.: _____		Hora do Atendimento: _____ H.	
DESTINO DO PACIENTE: <u>BMF</u> <u>HR</u>				SENHA: <u>5403082</u>	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA					
ANAMNESE: <u>Valores de pressão arterial e de glicemia em jejum elevados, com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. Em uso de medicação para controle da pressão arterial e da glicemia.</u>					
EXAME FÍSICO: <u>Idoso, 93 anos, com sinais de hipertensão arterial e diabetes mellitus. PA: 180/90 mmHg, Glicemia em jejum: 180 mg/dL.</u>					
DROGAS ADMINISTRADAS: <u>ninguém</u>					
EXAMES COMPLEMENTARES: <u>DX LTA</u>					
HD: <u>Exatidão de HD no laboratório</u>					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: <u>Paciente com ECR com HD. Não houve alteração nos dados de laboratório e físico, com melhora na glicemia e na pressão arterial. A avaliação foi realizada e transferido para H.R.</u>					
DATA: <u>11/04/13</u>		 Evandro Rogério Enfermeiro COREN-PE 506470			
		KOTE SEGUROS Erica Araujo 			
Assinatura, Carimbo e CRM do Médico					

Desta forma, se faz impossível o pleno direito de defesa e contraditório, visto que o autor juntou aos autos documentos exigíveis totalmente ilegíveis a propositura da demanda.

Subsiste óbice intransponível ao suposto direito Autoral, devendo acarretar a extinção do feito, sem resolução do mérito, conforme disposto no artigo 485, inciso I do Novo Código de Processo Civil, combinado com artigo 330, inciso I, e parágrafo primeiro, do mesmo diploma legal.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não



trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

Em contrapartida, verifica se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.



A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 28 de janeiro de 2020.

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



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do braço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EDUARDO SILVA DOS SANTOS**, em curso perante a **12ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00900247620198172001.

Rio de Janeiro, 28 de janeiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0090024-76.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDUARDO SILVA DOS SANTOS (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57122361	29/01/2020 15:39	ANEOX 1	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segurancaolider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-822 12 04

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

Eu, MARIA APARECIDA FERREIRA SANTANA,
RG nº 5.025.644, data de expedição 07 / 07 / 2017
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 973.747.504-63,
com domicílio na cidade de MARAJÁ, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. NOVA MARAJÁ, nº 51,
complemento NOVA MARAJÁ, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
EDUARDO SILVA DOS SANTOS, cujo o condutor era
EDUARDO SILVA DOS SANTOS
Veículo: MOTO Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS Ano: 2010
Placa: PFD 7601 Chassi: 9E2JE411DAR314487
Data do Acidente: 11 / 04 / 2018

Local e Data: MARAJÁ / PE, 06/06/2019

Maria Aparecida Ferreira Santana
Assinatura do Declarante

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



Pernambuco

HRP



Data do Atendimento: 11/04/2018 Hora: 12:40:45 PRONTUÁRIO: 231320
No Atendimento: 721257 Urgência / Emergência Colaborador: ERICKSON
Prioridade: AMARELO - URGENCIA CIRURGIA GERAL CNS: 706200582319864

Nome: EDUARDO SILVA DOS SANTOS Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 15/01/1995 Idade: 23 Anos, 2 Meses e 27 Dias C.I.:
Pais ou responsáveis: SEVERINA CLEMENTE DA SILVA / CICERO BERNARDO DOS SANTOS
Endereço: SÍTIO POSTO DE MOTA - ZONA RURAL - 55405000
Cidade: MARAIAL Tel.: Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:

Posição nítida de corte de mola / trauma
de crânio, Nuzi romos e mola

Exame Físico:

A: Geral via aérea esta pervia? SIM ☒ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☒ NÃO ☐ Temperatura: _____

B: Respiratório:

C: Circulatório:

NDV

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 15 Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:

E: Abdomen:

NDV

Diagnóstico Inicial:

Problema

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

① TAC de Crânio: fratura de osso nasal e mola ②
② Ao BMF

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

PACIENTE CHEGA NO SERVIÇO TRAZIDO DE MARAIAL REFERINDO DORSE EM FACE POR CONTA DE UMA QUEDA DE MOTO

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Evolução de Enfermagem



* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
() Transferência para outra unidade: () Óbito () Outro
* Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Edmundo Silva dos Santos Sexo: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: 93 C.I.: _____
País ou Responsáveis: _____
Endereço: _____
Cidade: Moreira Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____

DESTINO DO PACIENTE: BMF HR SENHA: 5403082

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: Ulcera de ulceração profunda e crônica com ferida aberta
devido a lesão e lesão profunda da parede posterior da
devido a lesão profunda da parede posterior da

EXAME FÍSICO: Exame físico, ulceração profunda e crônica com ferida aberta
devido a lesão e lesão profunda da parede posterior da
devido a lesão profunda da parede posterior da

DROGAS ADMINISTRADAS: sem

EXAMES COMPLEMENTARES: Px e TA

HD: Exame físico de HD

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente com EGR com HD. Paciente com ferida aberta
devido a lesão e lesão profunda da parede posterior da
devido a lesão profunda da parede posterior da

Edmundo Rogério
Enfermeiro
COREN-PE 506470

DATA: 11/04/18

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico



Pernambuco

HRP



Data do Atendimento: 11/04/2018 Hora: 12:41:22 PRONTUÁRIO: 231320
 No. Atendimento: 721259 Urgência / Emergência Colaborador: ERICKYBM
 Prioridade: SEM CLASSIFICAÇÃO ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS: 706200582315864

Nome: EDUARDO SILVA DOS SANTOS Sexo: Masculino
 Data de Nascimento: 15/01/1995 Idade: 23 Anos, 2 Meses e 27 Dias C.I.:
 País ou responsáveis: SEVERINA CLEMENTE DA SILVA / CICERO BERNARDO DOS SANTOS
 Endereço: SÍTIO PÓSTO DE MOTA - ZONA RURAL - 55405000
 Cidade: MARAIAL Tel.: Hora do Atendimento: / Hs.

Queixa Principal:

Exame Físico

A: Geral via aérea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: °C

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

Alergia:

Observação:

Evolução de Enfermagem:

* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
 * Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 958661

Nome: Ednardo Silva dos Santos

Foi atendido às 20:00 hs. do dia 11 / 04 / 18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
motorístico com fratura C20
bilateral, DPN e maxila. CID: S024

x Necrose de 30 dias de repasse dentário.

Tratamento Realizado: Instalação de Bama de Enrich
BMM dia (14/04/18) por Dr. Ruan e Dra. Priscilla

Observação: Retorno ao ambulatório de Dr. Carlos
terça-feira (15/05/2018) às 07.00h da manhã
Marcou com antecedência e fazer todos os exames.

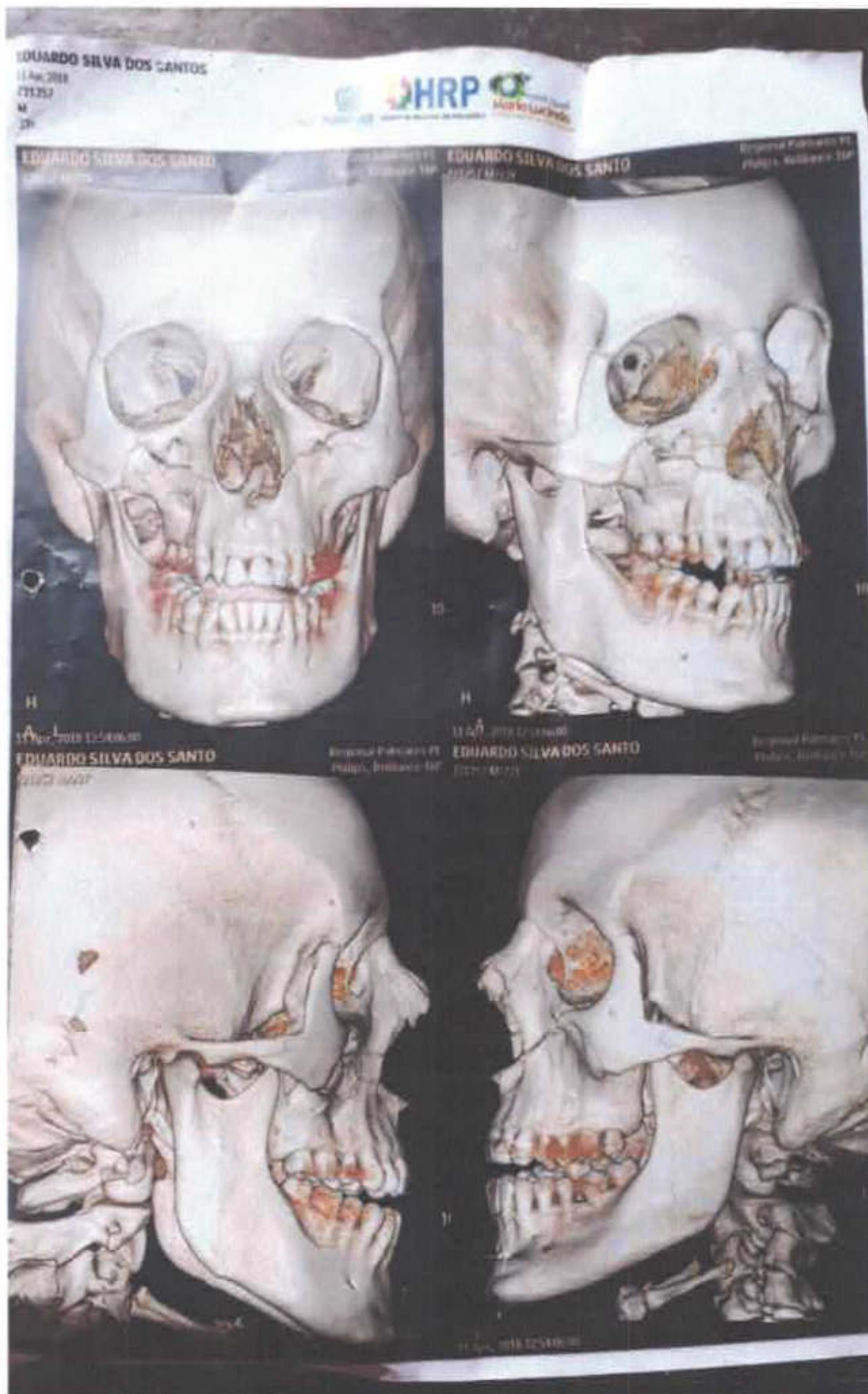
Cópia de: Alta BMF (15/04/18)

Dr. Ruan Viana
Médico Especialista em Ortodontia
Bucco-Maxilo-Facial
R.C.R.O. 451/2018

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.538.916 13/07/2012

<< EDUARDO SILVA DOS SANTOS >>

<< CÍCERO BERNARDO DOS SANTOS >>

<< SEVERINA CLEMENTE DA SILVA >>

PALMARES - PE 15/01/1995

<< CN.11496 L.2DA F.67V CART.MARAJAL-PE 14.08.1997 >>

115.847.494-66

F-50 46.435 - 3033

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TANQUES RIII

07R-39

Eduardo Silva dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE 178C.978C.9E01.FC5F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 08/05/24 às 02:03/2012 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 115.847.494-66

Nome EDUARDO SILVA DOS SANTOS

Nascimento 15/01/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADÃES		PE Nº 013729163735 DILHETE DE SEGURO DPVAT	
DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		MARIA APARECIDA FROBESINA SAUTAMA RUA NOVA MARATAL, 51 CASA NOVA MARATAL CENTRO MARATAL-PE 55405-000	
DATA 01/02/2018 EXERCÍCIO 2018		ESTÉ É O SEU DILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VÍDEO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradordalider.com.br SAC DPVAT 0800 028 1204	
MARATAL-PE 973 747 504-63 PLACA FPD7601		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/02/18	
PAS / MOTOCICLISTA BOBDA/CE 125 WAN XS 29/124CL		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/02/18	
IPVA 2018 QUITADO 1		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/02/18	
SEGURO FATOR OBRIGATORIO 1		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/02/18	
SEU RESERVA SEGURO FATOR OBRIGATORIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/02/18	
MARATAL 973 747 504-63 PLACA FPD7601		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/02/18	
PAS / MOTOCICLISTA BOBDA/CE 125 WAN XS 29/124CL		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/02/18	
IPVA 2018 QUITADO 1		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/02/18	
SEGURO FATOR OBRIGATORIO 1		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/02/18	
SEU RESERVA SEGURO FATOR OBRIGATORIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 01/02/18	



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

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190564900

Vítima: EDUARDO SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO SILVA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

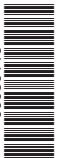
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14854091

Pag. 00297/00298 - carta_01 - INVALIDEZ

00030149





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

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190564900

Vítima: EDUARDO SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 11/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDUARDO SILVA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00271/00272 - carta_04 - INVALIDEZ

00070136



Carta nº 14955735



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 115.847.494-66 Nome completo da vítima: EDUARDO SILVA DOS SANTOS

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

Nome completo: EDUARDO SILVA DOS SANTOS CPF: 115.847.494-66

Profissão: AGRICULTOR Endereço: SITIO POSTO DE MONTA Número: 27 Complemento: _____

Bairro: MARIAL Cidade: MARIAL Estado: PE CEP: 55.405.000

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 9.8488.7131

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

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

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 85141 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 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, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: BLINDA, 20 DE MAIO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eduardo Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

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 o inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 081ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARAIAL -
DP81ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0171000060

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/05/2018 às
15:46

**ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu
no dia 11/4/2018 às 11:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO SEM VÍTIMA**
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE MARAIAL, 01 - Bairro: CENTRO -
MARAIAL/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)
MARIA APARECIDA FERREIRA SANTANA (OUTRO)
JOSEF LUCIO NASCIMENTO SILVA (TESTEMUNHA)
ROMERO FERREIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
EDUARDO SILVA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

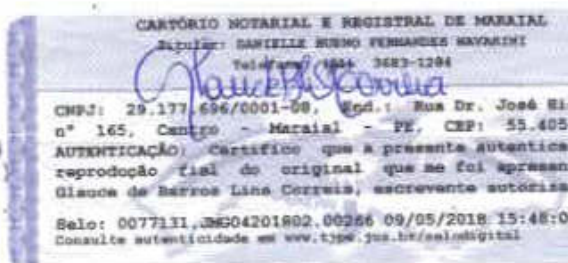
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
EDUARDO SILVA DOS SANTOS

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

**EDUARDO SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
SEVERINA CLEMENTE DA SILVA Pai: CICERO BERNARDOS DOS SANTOS Data de Nascimento:
15/1/1998 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9532916/559/PE
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MARAIAL, 01, SÍTIO POSTO DE MONTA Nº 33 CIDADE
DE MARAIAL-PE - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO - MARAIAL/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSEF LUCIO NASCIMENTO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
RIVONETE DIAS DO NASCIMENTO Pai: NIVALDO LUCIO DA SILVA Data de Nascimento:
2/12/1986 Naturalidade: CATENDE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA**

**ROMERO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
CIGERA FERREIRA DOS SANTOS Pai: JOSUE FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento:
11/4/1984 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA MANOEL NUNES VIANA, 23 - CEP: 6 - Bairro: CENTRO -
MARAIAL/PERNAMBUCO/BRASIL**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/.infopol/xml/BOEPxe

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA APARECIDA FERREIRA SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA APARECIDA FERREIRA SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO SILVA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFD7861** (PERNAMBUCO/MARAIAL) Renavam: **274417408** Chassi: **9C2JC4110ER314487**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **GASOL/ONV**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA 81ª CIRCUNSCRIÇÃO DE POLÍCIA CIVIL DE MARAIAL-PE A VÍTIMA AFIRMADO QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA NESTE BOE SENTIDO CENTRO RUA DA AREIA NESTA CIDADE TENDO SIDO SURPREENDIDO POR CONDUCTOR DE IDENTIDADE DESCONHECIDO O QUAL COLIDIU NO VEÍCULO DA VÍTIMA CAUSANDO DANOS A SUA INTEGRIDADE FÍSICA SENDO SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO A UNIDADE DE SAÚDE LOCAL DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECIFE-PE CONFORME A FICHA DE ESCLARECIMENTO DATADA DE 11/04/2018, Nº ATENDIMENTO 968091. AS TESTEMUNHAS ARROLADAS CONFIRMAM A VERACIDADE DA INFRAÇÃO DE TRÂNSITO.

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

Eduardo Silva dos Santos
EDUARDO SILVA DOS SANTOS
(VÍTIMA)

Josef Lucio Nascimento Silva
JOSEF LUCIO NASCIMENTO SILVA
(TESTEMUNHA)

Romero Ferreira da Silva
ROMERO FERREIRA DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: *Jucelio Rodrigues de Melo* **JUCELIO RODRIGUES DE MELO** - Matrícula: **163472-8**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 115.847.494-66 Nome completo da vítima: EDUARDO SILVA DOS SANTOS

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

Nome completo: EDUARDO SILVA DOS SANTOS CPF: 115.847.494-66

Profissão: AGRICULTOR Endereço: SITIO POSTO DE MONTA Número: 27 Complemento: _____

Bairro: MARIAL Cidade: MARIAL Estado: PE CEP: 55.405.000

E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 9.8488.7131

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

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

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 85141 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Pais/avós vivos: _____

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.

Local e Data: BLINDA, 20 DE MAIO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Eduardo Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 o inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Pernambuco

HRP

INSTITUTO DE MEDICINA

Data do Atendimento: 11/04/2018 Hora: 12:40:45 PRONTUARIO: 231320
No. Atendimento: 721257 Urgência / Emergência Colaborador: ERICKSON
Prioridade: AMARELO - URGENCIA CIRURGIA GERAL CNS: 706200582319864

Nome: EDUARDO SILVA DOS SANTOS Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 15/01/1995 Idade: 23 Anos, 2 Meses e 27 Dias C.I.:
Pais ou responsáveis: SEVERINA CLEMENTE DA SILVA / CICERO BERNARDO DOS SANTOS
Endereço: SÍTIO POSTO DE MOTA - ZONA RURAL - 55405000
Cidade: MARAIAL Tel.: Hora do Atendimento: / Hs.

Queixa Principal:

Paciente não se lembra de nada / trauma
de cabeça, nariz, dentes e membros

Exame Físico:

A: Geral via aérea esta pervia? SIM ☒ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☒ NÃO ☐ Temperatura: °

B: Respiratório:

C: Circulatório:

NDV

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: MSC ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisocônicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular:

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 15 Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:

E: Abdomen:

NDV

Diagnóstico Inicial:

Politrauma

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

① TAC de Gato: fratura de ossos nasal e maxila ②
② Ao BMF

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

PACIENTE CHEGA NO SERVIÇO TRAZIDO DE MARAIAL REFERINDO DORSE EM FACE POR CONTA DE UMA QUEDA DE MOTO

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Evolução de Enfermagem

CONFERE COM O ORIGINAL
ASSINATURA

* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada () Alta a Pedido
() Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
* Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
ANJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 13.935.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 3005943-93



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE SILVANA SILVA SANTOS CPF: 085.478.034-29 MS: 16815841704	DATA DE VENCIMENTO 24/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 71,72	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 17/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 062447851	CONTA CONTRATO 007011652624 Nº DO CLIENTE 3002229734 Nº DA INSTALAÇÃO 3006437662
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA II POSTO DE MONTA 27 MARAIAL MARAIAL 55405-000 MARAIAL PE	RESERVADO AO FISCO 8362.47D7.8B3F.33EC.1EFC.F88F.6933.1214		

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,26394473	7,91
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,46247673	31,67
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	83,00	0,87871656	36,29
Acrescimo Bandeira AMARELA			8,78
Contrib. Bum. Pública Municipal			1,00
ICMS_Subvenção Baixa Renda			1,04
Compensação DMC Trimestral 01/19			2,92
Compensação DMC 02/19			2,95
TOTAL DA FATURA			71,72

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
75,66	25,00	18,91	75,66	1,16	0,87
					5,37
					4,26

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,19971296	MAI 19	157
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,22801380	ABR 19	157
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,45471529	MAR 19	205
		FEV 19	150
		JAN 19	139
		DEZ 18	147
		NOV 18	140
		OUT 18	134
		SET 18	94
		AGO 18	95
		JUL 18	90
		JUN 18	110
		MAI 18	123

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Rotação de Energia	24,86 22,97
Transmissão	2,89 3,79
Distribuição (Cadeia)	17,39 25,33
Energias Alternativas	1,57 2,21
Tributos	23,46 31,39
Perdas de Energia	3,38 3,98
TOTAL	73,65 106

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FURÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE CONSUMO	CONSUMO	ADJUSTE	TORÇÃO	VALOR	VALOR
88004883121834327	CAT	1704/2019	7.717,00	1705/2019	7.889,39	38	1,8888	3,68	192,38

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
DIC-Duração de Interrupção em alta crítica	0,54	5,81	11,80	23,64	
FIC-Frequência de Interrupção em alta crítica	1,00	3,38	5,72	13,48	
DMC-Duração máxima de Interrupção em alta crítica	0,54	3,45	3,08	5,80	
Linha DCM: 12,20					
EUSD-Valor de Energia de Uso = R\$ 25,51					

(DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/06/2019)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! Auxiliadora regina alves de al: av. salvador teixeira centro / Kelly moela: r. amary correa 12 centralista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br . A partir de 20/04, tarifa com reajuste médio de 6,66% para Baixa Tensão e 3,76% para Alta Tensão-RSH 2.534/19. O cliente é compensado quando há violação na continuidade (individual ou de nível de tensão de fornecimento). Paga, em atraso, multa de 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 45,39. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO</td> <td>MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO	MÁXIMO							
220	202	231							

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007011652624	05/2019	71,72	24/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4026-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Davatória: 0900 021 81 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/318/NOTICIAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29638>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PRIVIDÊNCIA 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 6.132/98.

Pelo exposto, eu Alcione Gomes da Silva

inscrita (s) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Eduardo Silva dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.844.494 / 66

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da vítima Eduardo Silva dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.844.494 / 66, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Av. Prof. Agamenon Magalhães</u>	Número:	<u>473</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Vila Popular</u>	Cidade:	<u>Olinda</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:		CEP:	<u>53.230.010</u>	Tel.(DDD):	<u>(081)98488-4131</u>

Local e Data: Olinda, 11 de setembro de 2019.

Alcione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

DLDRLO01 V021/2017

