Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

04/02/2020

Número: **0090034-23.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **30/12/2019**
Valor da causa: **R$ 8.505,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAIRO BEZERRA DA SILVA (AUTOR)	**PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
DIEGO PONTES DE CARVALHO PIRES (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57374158	04/02/2020 11:47	2690579_CONTESTACAO_01	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00900342320198172001

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 **JAIRO BEZERRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **28/02/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 30/05/2018.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

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, CPC[3].

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

---

[1][1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

[2][1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

[3]"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)

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577750 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA
Descrição do exame físico: DEFICT RESIDUAL DA MARCHA, CALO OSSEO EVIDENTE NA REGIAO ANTERIOR DA PERNA E CICATRIZ LONGITUDINAL ANTERIOR NA TOPOGRAFIA DO TENDAO PATELAR DO JOELHO DIREITO.
Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇAO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
Sequelas: Com sequela
Data do exame físico: 28/10/2019
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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
		Total	**7 %**	**R$ 945,00**

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **28/02/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), conforme demonstrado abaixo:**

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: 21/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 945,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JAIRO BEZERRA DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00049
CONTA: 000986259321-6

Nr. da Autenticação 7B004842606E70DB

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[4].

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

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.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, 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 ao Autor, 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 em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 945,00 (NOVECENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

---

[4]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 HOUVE 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.

[5]**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."

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 citação[6.]

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 ação[7]

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

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, ante a ausência de laudo pericial 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, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que 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 horários 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.

---

[6] "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[7] ***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Requer a produção de prova pericial nos termos do covênio 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 expresso 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, 3 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo 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 esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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 baço					

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 **JAIRO BEZERRA DA SILVA**, em curso perante **a 20ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00900342320198172001.

Rio de Janeiro, 3 de fevereiro 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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

04/02/2020

Número: **0090034-23.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 20ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **30/12/2019**
Valor da causa: **R$ 8.505,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAIRO BEZERRA DA SILVA (AUTOR)	**PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
DIEGO PONTES DE CARVALHO PIRES (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57374161	04/02/2020 11:47	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2]

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

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

Pelo exposto, eu _____ inscrito (a) no CPF _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário _____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima _____ inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ conforme determinação da Circular SUSEP 445/12.

☐ Declaro profissão _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto 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: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Email: _____ Telefone comercial (DDD): _____ Telefone celular (DDD): _____

_____ de _____ de _____

Local e Data

Assinatura do Declarante

MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP

Atendimento: 418341

Senha da Classificação: [redacted]

Data e Hora: 28/02/2018 21:42

Paciente: 112797 JAIRO BEZERRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: [illegible] Idade: [illegible] anos

Convenio: [illegible] SUS - EXTERNO - URGENCIA

Nome da Mãe: [illegible]

Nome do Pai: [illegible]

Estado Civil: [illegible]

Nome do Médico: PLANTÃO ORTOPEDIA

CRM: [illegible]

Endereço: [illegible]

Bairro: MACAXEIRA

Cidade/UF: [illegible]

Usuário Atendimento: [illegible]

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora 23:30

Queixa Principal

Exame Físico

Hipotese Diagnostica

Prescrição Medica

Assinatura e Carimbo/Medico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio

( ) Transferido para

( ) Encaminhado ao setor de internação

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/02/2020 11:47:34
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020411473447000000056434192
Número do documento: 20020411473447000000056434192

PERNAMBUCO

MIGUEL ARRAES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME JAIRO BEZERRA DA SILVA REG 11279 1
CLÍNICA ___ ENFERMAGEM: ___ LEITO: ___

DATA/HORA	
1/3/2018 00:10	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO ÀS 19:30. QUEIXA DE DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES EGR CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,CORADO,AFEBR MID: ESCORIAÇÃO EM PERNA, DOR E DEFORMIDADE EM 1 3 MEDIO DE PERNA DIREITA NVC: PRESERVADO RX: FRATURA DIAFISARIA DA TIBIA E FIBULA DIREITAS HD: FRATURA DIAFISARIA DA TIBIA E FIBULA DIR CD: INTERNAMENTO SOB ORIENTACA ODE DR CRYSTIAN F SOLICITO PRE OP

PERNAMBUCO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: REG:

CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Ficha de Cirurgia Descritiva

Procedimentos

Equipe Médica

Descrição

Descrição Cirúrgica

Achados Cirúrgicos

FATURADO

Atendimento 678549

Data/Hora 21/03/2016 21:42 Dt Alta 08/03/2016 10:01

Paciente 112757 JAIRO BEZERRA DA SILVA

Este conta foi paga com recursos publicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

JAIRO BEZERRA DA SILVA

JOSENILDA DA SILVA BATISTA

JOSEFA

RUA PROF RODRIGUES DE MELLO 01 MACAXEIRA

RECIFE

AUDIOTERAPIA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

CIRURGIA

ANAMNESE EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO

FRATURA DIAFISÁRIA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA CABEÇA FIBULA DISTAL DA TIBIA DIREITA

CIRURGICA

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

PREENCHER EM CASO DE TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES

AUTORIZAÇÃO

494/0003-41

FAÇÃO LOGISTICA

AIH

261810157923

MIGUEL ARRAES

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **418549**

Usuário: ANACOS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JAIRO BEZERRA DA SILVA Prontuário:

Idade: Sexo: Estado Civil: Data de Nascimento:

Profissão: Escolaridade:

R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP:

Endereço: Nº: Bairro: Cidade: UF:

Dados da Internação

Origem: Data e Hora da Internação:

Convênio: Plano:

Unidade Internação: Acomodação: Leito:

Médico Internação:

DADOS DO RESPONSAVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:

Endereço: Número:

Telefone: Cidade: Estado civil:

FATURADO

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: Hora da Alta:

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....:

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....:

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Senha:
Convênio: EXTERNO URGENCIA
Atendimento: [redacted]
SAME:

Período: 28/02/2018 21:47 - 28/02/2018 21:47

ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

URGENCIA AMARELO

AMARELO

PACIENTE ENCAMINHADO PELOS BOMBEIROS COM RELATO DE TRAUMA EM MIO NEGA HAS, DM E ALERGIAS. COM HIPOTESE FRATURA EXPOSTA MIO

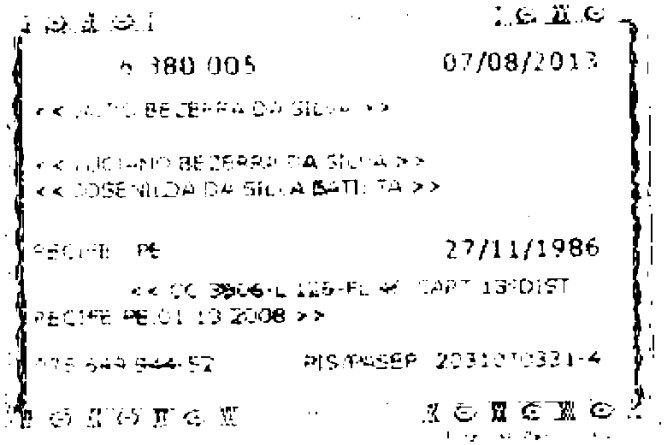
TRAUMA

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

REVISADO

Acolhido(a) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/02/2018 21:47



6 380 005 07/08/2013

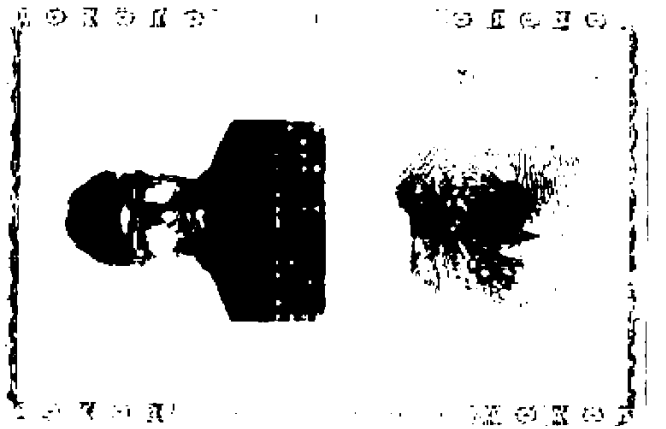
<< [illegible] BEZERRA DA SILVA >>

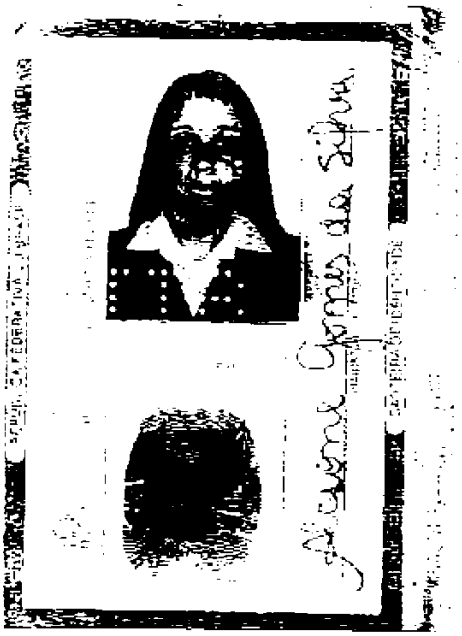
<< LUCIANO BEZERRA DA SILVA >>
<< JOSENILDA DA SILVA BATISTA >>

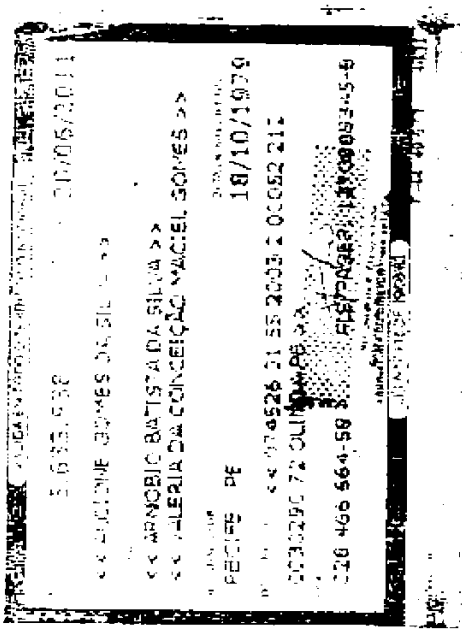
RECIFE PE 27/11/1986

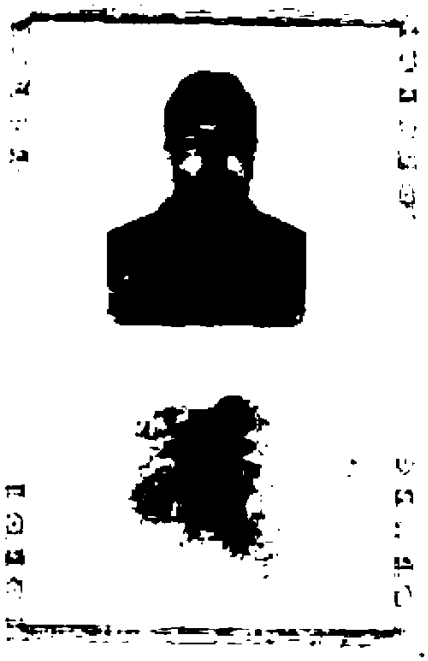
<< CC 3806-L 125-FL [illegible] CART 13ºDIST
RECIFE PE 01 10 2008 >>

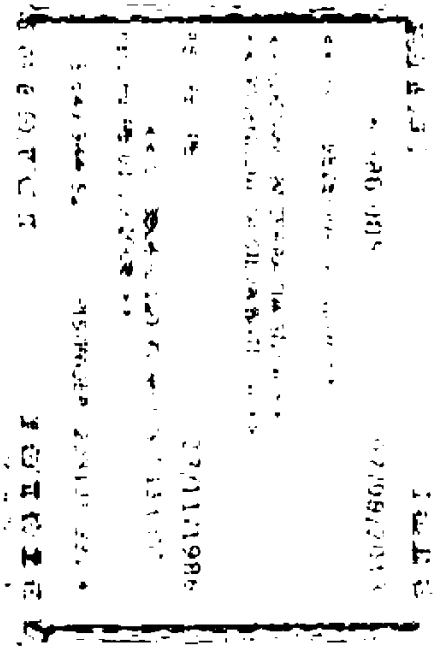
[illegible] PIS/PASEP 20310[illegible]331-4

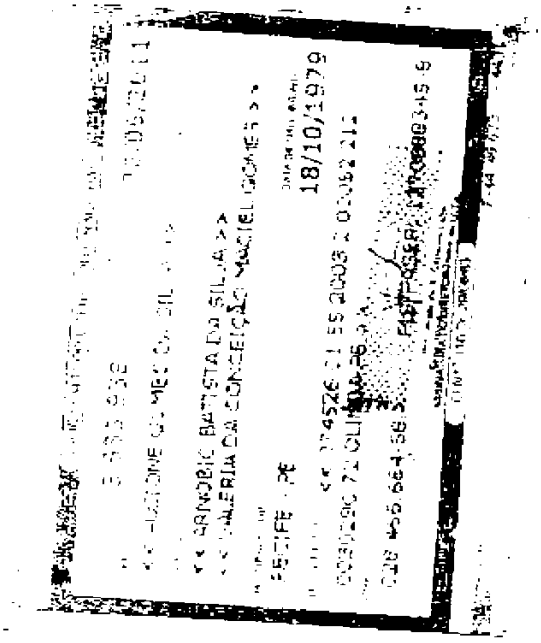


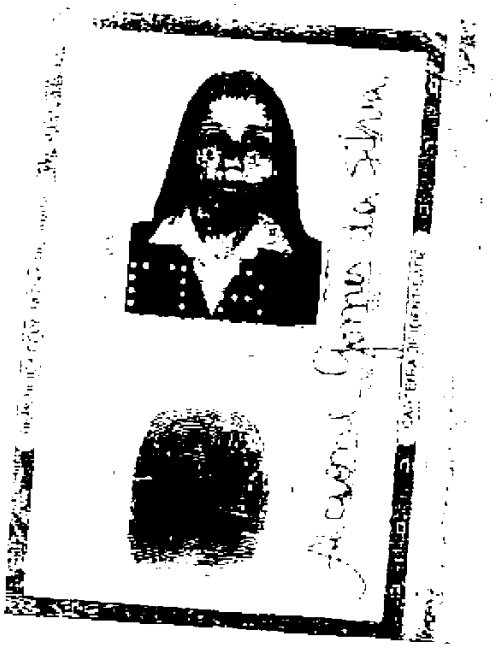












PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577750 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: DEFICT RESIDUAL DA MARCHA, CALO OSSEO EVIDENTE NA REGIAO ANTERIOR DA PERNA E CICATRIZ LONGITUDINAL ANTERIOR NA TOPOGRAFIA DO TENDAO PATELAR DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇAO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/10/2019

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
		Total	**7 %**	**R$ 945,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577750 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: DEFICT RESIDUAL DA MARCHA, CALO OSSEO EVIDENTE NA REGIAO ANTERIOR DA PERNA E CICATRIZ LONGITUDINAL ANTERIOR NA TOPOGRAFIA DO TENDAO PATELAR DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇAO TOTAL DAS FRATURAS COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577750 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR). P.7 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @P.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577750 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR). P.7
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @P.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: _____
brasileiro (a), estado civil: _____, profissão: _____, portador(a) do RG nº.: _____, órgão expedidor: _____, inscrito (a) no CPF sob o nº.: _____, residente na _____
cidade: _____, Estado: _____, CEP: _____, telefone: _____ / _____ / _____, email: _____.

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938:, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, _____ de _____ de 20____

_____

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DOCUMENTO ORIGINAL

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE _____
brasileiro (a), estado civil _____ profissão _____ portador(a) do RG nº. _____, orgão expedidor _____, inscrito (a) no CPF sob o nº. _____ residente na _____
cidade _____ Estado _____ CEP _____ telefone _____ email _____

OUTORGADA, ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.464.644 58, RG Sub o nº 5.633938., com endereço profissional na Av. Prof Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP. 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada

Olinda, _____ de _____ de 20__

_____

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DA PICHOUZILHADA
7º DISTRITO JUDICIÁRIO DA COMARCA DE RECIFE - PE
Tomaz Longo
Titular

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352831/19

Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2018

CPF: 075.649.944-52 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** JAIRO BEZERRA DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

JAIRO BEZERRA DA SILVA : 075.649.944-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

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, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190577750 **Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: 28/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIRO BEZERRA DA SILVA

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

Pag. 01411/01412 - carta_01 - INVALIDEZ

00020706

Carta nº 14956250

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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190577750 **Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: 28/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAIRO BEZERRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00161/00162 - carta_02 - INVALIDEZ

00290081

Carta nº 14995312

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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190577750 **Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: 28/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JAIRO BEZERRA DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190577750 **Vítima: JAIRO BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: 28/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAIRO BEZERRA DA SILVA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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: **JAIRO BEZERRA DA SILVA**
Valor: **R$ 945,00**
Banco: **104**
Agência: **000000049**
Conta: **000986259321-6**
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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha 2 | Tipo(s) de cobertura ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL (INCLUIR SOMENTE VÍTIMA/BENEFICIÁRIO)

DADOS CADASTRAIS

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ASS 00 A ASS 200,00 ☐ ASS 500,00 A ASS 1.000,00
☒ SEM RENDA ☐ ASS 201,00 A ASS 500,00 ☐ ACIMA DE ASS 1.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0644 CONTA: 00086255331 6

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a [illegible] do Seguro DPVAT.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que [illegible] assinalar uma das opções:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência [illegible] para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia por um prazo superior a 60 (sessenta) dias do acidente

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência [illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data de [illegible]

25 - Grau de Parentesco com a vítima: [illegible] 26 - [illegible] ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima [illegible] informar o nome completo:

28 - Vítima [illegible] ☐ Sim ☐ Não 29 - Se menor [illegible] informar: Filiação: 30 - Vítima [illegible] ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima [illegible] ☐ Sim ☐ Não 32 - Se menor [illegible] informar: Filiação: 33 - Vítima [illegible] ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

RESERVADO AO CARTORIO

34

35 - Nome e RG de quem assina a rogativa pedida

36 - CPF de quem assina a rogativa pedida

37 - Assinatura de quem assina a rogativa pedida

TESTEMUNHAS

38 - 1) Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2) Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima ou beneficiário (obrigatório)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS (DL) V.002/2019

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 022 1204 ou 0800 721 2083 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro (no AS): | CPF da Vítima: | Nome completo da vítima:

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: | CPF titular da conta: | Profissão:

Endereço: | Número: | Complemento:

Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP:

Email: | Telefone (DDD):

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

X REFUSO INFERIOR | SEM RENDA | ATÉ R$ 1.000,00 | R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00

R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 | R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 | ACIMA DE R$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) | BANCO DO BRASIL (001) | ITAÚ (341)

X CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	CONTA
[illegible]	[illegible]
(Informar dígito verificador)	(Informar dígito verificador)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO:

AGÊNCIA	CONTA
(Informar dígito verificador)	(Informar dígito verificador)

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

[illegible] de [illegible] de [illegible]

(Local e Data)

[illegible]2.494/0001-41

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário | Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORM-001 V.03.2017

CAIXA

AUTENTICAMENTO: [illegible]
DATA: 13/05/2019 HORA: [illegible]
TERMINAL: [illegible] CONTROLE: [illegible]

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2249.013.[illegible]-4
NOME: DAIRO BEZERRA DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 10,00

NÚMERO DO ENVELOPE: [illegible]
NÚMERO DE CONTROLE: [illegible]

A CONFIRMAÇÃO DO DEPÓSITO SE DARÁ SOB O
LANÇAMENTO DO SEU VALOR NA CONTA DO FAVORECIDO SEJA
A ABERTURA DO ENVELOPE E A VERIFICAÇÃO DOS
VALORES DEPOSITADOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

[illegible].802.494/0001-41
[illegible]

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro (NAS): _____ Data do acidente: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Complemento: _____ Número: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Declaro, sob as penas da lei, ter recebido do acidente acima informado, conforme comprovante(s) (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ REGISTRO INFANTIL ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 1.500,00 ☐ R$ 1.501,00 ATÉ R$ 2.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$ 2.001,00 ATÉ R$ 2.500,00 ☐ R$ 2.501,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 3.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente serão aceitas contas abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)

Autorizo o pagamento do seguro DPVAT, conforme informado acima e de acordo com a legislação vigente, por crédito em conta-corrente, ou por ordem de pagamento, quando a agência bancária não for informada, ou não for possível o crédito em conta-corrente.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou ciente de que, caso não apresente laudo do Instituto Médico Legal (IML) de Perícia Oficial de Trânsito (IPOT) ou laudo particular, no prazo de 90 (noventa) dias do pedido, o processo será arquivado, sem prejuízo de eventual pagamento, se for o caso, (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, ainda, que estou ciente de que, caso não apresente laudo do IML ou laudo particular, o processo será arquivado, sem prejuízo de eventual pagamento, se for o caso, e que, caso apresente laudo do IML ou laudo particular, o processo será reaberto e, após a análise do laudo, o processo poderá ser pago, se for o caso, ou arquivado, se não for o caso.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado/União Estável ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data de óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima de filho comum menor de 21 anos? ☐ Sim ☐ Não (se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo): _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se teve filhos, informar quantos vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou herdeiros (pais, irmãos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou descendentes (filhos)? ☐ Sim ☐ Não

Estado Civil: Se a vítima for casada, a indenização será paga ao cônjuge sobrevivente, salvo se estiver separado judicialmente ou de fato, caso em que a indenização será paga ao companheiro(a) sobrevivente, desde que comprovada a união estável, nos termos do art. 226 da Constituição Federal.

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a rogo: _____

Assinatura do(s) beneficiário(s) (declarante): _____

Assinatura do representante legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

(1) Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(2) Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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, comprovando ser a vítima/beneficiário do acidente, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPD-001-V001/2010

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190577750
Nome do(a) Examinado(a): Jairo Bezerra da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Dilermano Melo do Nascimento, 21 A
Macaxeira Recife PE CEP: 52090-655
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6380005
Data local do acidente: [28/02/2018]
Data local do exame: [28/10/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: JUNHO/2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

DEFICT RESIDUAL DA MARCHA, CALO OSSEO EVIDENTE NA REGIAO ANTERIOR DA PERNA E CICATRIZ LONGITUDINAL ANTERIOR NA TOPOGRAFIA DO TENDAO PATELAR DO JOELHO DIREITO.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICT GLOBAL RESIDUAL AO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: **(X) 10% residual**( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. 18E2141001858

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/05/2018** às **09:16**

Complementado BO Número: **18E2141001784**
Complementado pelo BO Número: **18E2141001981**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/2/2018** às **21:30**

Endereço: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 1, SUBIDA DO UNIÃO, PRÓXIMO AO CAMPO DO UNIÃO** Bairro: **MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO BRASIL**
Local de Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

INDIVIDUO DESCONHECIDO - AUTOR AGENTE
JAIRO BEZERRA DA SILVA - VITIMA

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

OUTROS TIPOS DE OBJETO - usado na prática da ocorrência - Quantidade: 1 - Situação: Em posse do Sr. INDIVIDUO DESCONHECIDO

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

JAIRO BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JODENILDA DA SILVA BATISTA** Pai: **LUCIANO BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **27/11/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO PERNAMBUCO - BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 21, RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO, CASA A - CEP: 0 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

INDIVIDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade de(a): **INDIVIDUO DESCONHECIDO** que estava em posse de(a): **INDIVIDUO DESCONHECIDO**
Descrição Marca Modelo: **NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO** Objeto danificado: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Destinação: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Complemento - Observação

INFORMA O NOTICIANTE JAIRO BEZERRA DA SILVA QUE QUANDO ESTAVA CAMINHANDO NA RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO NO DIA 01.03.2018, POR VOLTA DAS 19:30 HORAS NO ALTO DO BURITI, BAIRRO DA MACAXEIRA, DUAS MOTOCICLETAS COLIDIRAM E BATERAM VIOLENTAMENTE NA

VITIMA CAUSANDO-LHE FRATURAS NOS OSSOS DA TÍBIA E FIBULA DA PERNA DIREITA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MEDICOS DE PRAXE PARA O CASO E POSTERIORMENTE SUBMETIDO UMA CIRURGIA NA PERNA AFETADA. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

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

JAIRO BEZERRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **OZINALDO SEVERINO DA SILVA** - Matrícula: **209234-4**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DPCAMI
SDS

494/0001-41
TRAÇÃO PRETORA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. **18E2141001981**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2018** as **15:33**

Complementa o Bo Numero **18E2141001858**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/2/2018** as **21:30**

Fato ocorrido no endereço **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 1, SUBIDA DO UNIÃO, PROXIMO AO CAMPO DO UNIÃO** Bairro **MACAXEIRA RECIFE PERNAMBUCO BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

INDIVIDUO DESCONHECIDO - AUTOR - AGENTE
JAIRO BEZERRA DA SILVA - VITIMA

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

ACIDENTE DE TRANSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO) - Usado na geração da ocorrência - Que estava em posse do(a) Sr(a) INDIVIDUO DESCONHECIDO

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

JAIRO BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Mãe **JODENILDA DA SILVA BATISTA** Pai **LUCIANO BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento **27 11 1986** Naturalidade **NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL**
Endereço Residencial **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 21, RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO, CASA A - CEP: 0 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE PERNAMBUCO BRASIL**

INDIVIDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Naturalidade **NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade de(a) Sr(a) **INDIVIDUO DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a) **INDIVIDUO DESCONHECIDO** Descrição Categoria Marca Modelo **NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO** Placa **Não informada** Quantidade **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Descrição **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento / Observação

INFORMA O NOTICIANTE JAIRO BEZERRA DA SILVA QUE QUANDO ESTAVA CAMINHANDO NA RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO NO DIA 28/02/2018, POR VOLTA DAS 19:30 HORAS NO ALTO DO BURITI,

BAIRRO DA MACAXEIRA, DUAS MOTOCICLETAS COLIDIRAM E BATERAM VIOLENTAMENTE NA VÍTIMA CAUSANDO-LHE FRATURAS NOS OSSOS DA TÍBIA E FÍBULA DA PERNA DIREITA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MEDICOS DE PRAXE PARA O CASO E POSTERIORMENTE SUBMETIDO UMA CIRURGIA NA PERNA AFETADA. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATE ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

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

JAIRO BEZERRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROSALVO FRANCISCO BARBOSA MAT 208.202-0**

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2141001784

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/05/2018** às **09:18**

Complementado pelo BO Numero **18E2141001858**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **7/3/2018** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 01, SUBIDA DO UNIÃO, PROXIMO AO CAMPO DO UNIÃO** - Bairro **MACAXEIRA** **RECIFE PERNAMBUCO BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

INDIVIDUO DESCONHECIDO - AUTOR - AGENTE
JAIRO BEZERRA DA SILVA - VITIMA

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrencia:

OUTROS TIPO DE OBJETO - Unidade Fiscalizada na ocorrência - Quantidade - em posse de Sr(a) INDIVIDUO DESCONHECIDO

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

JAIRO BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Mãe **JODENILDA DA SILVA BATISTA** Pai **LUCIANO BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento **27/11/1986** Naturalidade **NÃO INFORMADO** **PERNAMBUCO BRASIL**
Endereço Residencial **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 21, RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO, CASA A - CEP: 0 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE PERNAMBUCO BRASIL**

INDIVIDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Naturalidade **NÃO INFORMADO** **PERNAMBUCO** **BRASIL**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade de(a) Sr(a) **INDIVIDUO DESCONHECIDO** que estava em posse de(a) Sr(a) **INDIVIDUO DESCONHECIDO**
Caracteristica Marca Modelo **NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO**
Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Descrição **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento - Observação

INFORMA O NOTICIANTE JAIRO BEZERRA DA SILVA QUE QUANDO ESTAVA CAMINHANDO NA RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO NO DIA 01/03/2018, POR VOLTA DAS 19:30 HORAS NO ALTO DO BURITI, BAIRRO DA MACAXEIRA, DUAS MOTOCICLETAS COLIDIRAM E BATERAM VIOLENTAMENTE NA VITIMA

CAUSANDO-LHE FRATURAS NOS OSSOS DA TIBIA E FIBULA DA PERNA DIREITA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DE PRAXE PARA O CASO E POSTERIORMENTE SUBMETIDO UMA CIRURGIA NA PERNA AFETADA. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATE ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

Jairo Bezerra da Silva

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

JAIRO BEZERRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROSALVO FRANCISCO BARBOSA MAT 208.202-0**

05.802.494/0001-41

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2141001858

Ocorrência registrada nesta Unidade policial no dia **30/05/2018** às **09:16**

Complementado por BO Número **18E2141001784**
Complementado por BO Número **18E2141001981**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/2/2018** às **21:30**

Endereço: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 1, SUBIDA DO UNIÃO, PROXIMO AO CAMPO DO UNIAO** - Bairro: **MACAXEIRA RECIFE PERNAMBUCO BRASIL**
Local: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

[illegible] DERSON HERBERT ALTOR ARANTES
JAIRO BEZERRA DA SILVA VITIMA

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

[illegible]
[illegible] DESCONHECIDO

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

JAIRO BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JODENILDA DA SILVA BATISTA** Pai: **LUCIANO BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **27/11/1986** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE MACAXEIRA (BAIRRO), 21, RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO, CASA A - CEP: 0 - Bairro: MACAXEIRA - RECIFE-PERNAMBUCO BRASIL**

INDIVIDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO BRASIL**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade de: **INDIVIDUO DESCONHECIDO** Que estava em posse de: **INDIVIDUO DESCONHECIDO**
Marca: **NÃO INFORMADO** Modelo: **NÃO INFORMADO** Cor predominante: **NÃO INFORMADO**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Obs: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Complemento: **DESCRIÇÃO**

INFORMA O NOTICIANTE JAIRO BEZERRA DA SILVA QUE QUANDO ESTAVA CAMINHANDO NA RUA PROFESSOR RODRIGUES DE MELO NO DIA 01/03/2018, POR VOLTA DAS 19:30 HORAS NO ALTO DO BURITI, BAIRRO DA MACAXEIRA, DUAS MOTOCICLETAS COLIDIRAM E BATERAM VIOLENTAMENTE NA

VITIMA CAUSANDO-LHE FRATURAS NOS OSSOS DA TIBIA E FIBULA DA PERNA DIREITA. ESCLARECE QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MEDICOS DE PRAXE PARA O CASO E POSTERIORMENTE SUBMETIDO UMA CIRURGIA NA PERNA AFETADA. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATE ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

Apurar [illegible] presente [illegible]

JAIRO BEZERRA DA SILVA
(VITIMA)

[illegible] por OZINALDO SEVERINO DA SILVA - Matrícula: 209234-4

Seguradora LÍDER

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 022 1204 ou 0800 022 1208 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: [illegible]

CPF da Vítima: [illegible]

Data do Acidente: [illegible]

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: [illegible]

CPF do Representante legal: [illegible]

E-mail:

Telefone (DDD): [illegible]

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

__ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

X O estabelecimento do IML que atende 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 as 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 contestá-la, caso discordo do seu resultado.

[illegible] de [illegible] de [illegible]

Local e Data

[illegible]494/0001-41

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

041.001.V001.2012

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro (NAS): _____ Data do acidente: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Complemento: _____ Número: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Declaro, sob as penas da lei, ter ciência de que a falsidade ou omissão de informação implica em crime, conforme informado na forma comprovante (ões). (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ REGISTRO INFANTIL ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 1.500,00 ☐ R$ 1.501,00 ATÉ R$ 2.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R$ 2.001,00 ATÉ R$ 2.500,00 ☐ R$ 2.501,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 3.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente serão aceitas contas abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito de conta) (Informar o dígito de conta)

Autorizo o pagamento do seguro DPVAT, na conta acima informada, de acordo com a Circular SUSEP nº 445/2012, e declaro estar ciente de que a falsidade ou omissão de informação implica em crime.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou ciente de que a falsidade ou omissão de informação implica em crime, conforme Lei nº 6.194/74 e Resolução CNSP/SUSEP nº 257/2008 e que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

☒ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro, ainda, que estou ciente de que a falsidade ou omissão de informação implica em crime, conforme Lei nº 6.194/74 e Resolução CNSP/SUSEP nº 257/2008 e que estou ciente de que a falsidade ou omissão de informação implica em crime, conforme Lei nº 6.194/74 e Resolução CNSP/SUSEP nº 257/2008.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no ato) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo ☐ Companheiro(a) de vítima

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima de sexo homossexual? ☐ Sim ☐ Não (se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo)

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tiveram filhos, informar quantos vivos: _____ falecidos: _____ Vítima deixou herdeiros (vivos ou falecidos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou descendentes (vivos)? ☐ Sim ☐ Não

Estado Civil: Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e que estou ciente de que a falsidade ou omissão de informação implica em crime, conforme Lei nº 6.194/74 e Resolução CNSP/SUSEP nº 257/2008 e que estou ciente de que a falsidade ou omissão de informação implica em crime, conforme Lei nº 6.194/74 e Resolução CNSP/SUSEP nº 257/2008 e que estou ciente de que a falsidade ou omissão de informação implica em crime, conforme Lei nº 6.194/74 e Resolução CNSP/SUSEP nº 257/2008.

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a rogo: _____

Assinatura do(s) beneficiário(s) (declarante): _____

Assinatura do representante legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

(1) Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(2) Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário, não alfabetizado, deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para proceder a assinatura do presente formulário. A seu rogo, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, devendo constar no documento a declaração de ciência do ato e de concordância, antes do preenchimento e assinatura.

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

CPD-001-V001/2010

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: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAIRO BEZERRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000986259321-6

Nr. da Autenticação 7B004842606E70DB

REMETENTE

033579

1889
AG DA T SOCIAL RECIFE - CASA AMARELA
EST DO ARRATAL, N
TAMARINEIRA
RECIFE - PE
52051 380

☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O NUMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO
☐ RECUSADO
☐ NÃO PROCURADO
☐ AUSENTE
☐ FALECIDO
☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SINDICO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM

EM

RESPONSAVEL

VISTO

PREVIDÊNCIA SOCIAL

FAC
CORREIOS

033346

TALINO HERDEIRA DA SILVA
[illegible]
TAMARINEIRA
RECIFE - PE
[illegible]

05.802394/0001-41
FRAÇÃO CARRETURA
[illegible]

PREVIDÊNCIA SOCIAL

FAC
Registrado
CORREIOS

016343

AR

JAIRO BEZERRA DA SILVA
R GILERMANO MELO DO NASCIMENTO 01A CASA
MACAXEIRA
RECIFE PE
52190-000

Data de Produção : 29/03/2019

PE934196541BR