



Número: **0000109-36.2019.8.17.2350**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Buenos Aires**

Última distribuição : **22/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58844 109	05/03/2020 16:38	2698625_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BUENOS AIRES/PE

Processo: 00001093620198172350

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 **MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA**, 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 **12/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **10/06/2019**.

Cumprе 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.

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



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, 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/2015¹, 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/2015².

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, CPC³.

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)



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 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, 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.

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 irretroatável 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, recorrendo 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 ressaltar 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), 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 **12/03/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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

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



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 parciais⁴.

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 STJ⁵.

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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.”



DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸.

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.

⁶ "PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**" (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷ "SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

⁸ art. 1º. (...)

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



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 a 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 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,

BUENOS AIRES, 19 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 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 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 **MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BUENOS AIRES**, nos autos do Processo nº 00001093620198172350.

Rio de Janeiro, 19 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

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





05/03/2020

Número: **0000109-36.2019.8.17.2350**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Buenos Aires**

Última distribuição : **22/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (AUTOR)		GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58844113	05/03/2020 16:38	ANEXO 1	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
RG nº 491515388, data de expedição 02/04/19
Órgão SSP SP, portador do CPF nº 400.199.568-94
com domicílio na cidade de BUENOS AIRES, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua da Manga, Zona Rural, Buenos Aires - PE, nº 5/A
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
FLAVES ALBERTO CORREIA DA SILVA, cujo o condutor era
CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA/LANDEXTZ 250 Ano: 2012/2013
Placa: PGD-8790 Chassi: 9C6K60210D0054615
Data do Acidente: 12/05/19

Local e Data: Buenos Aires 02/04/19

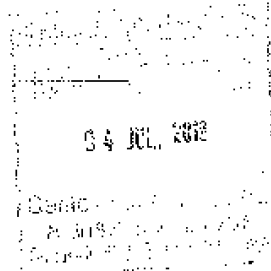
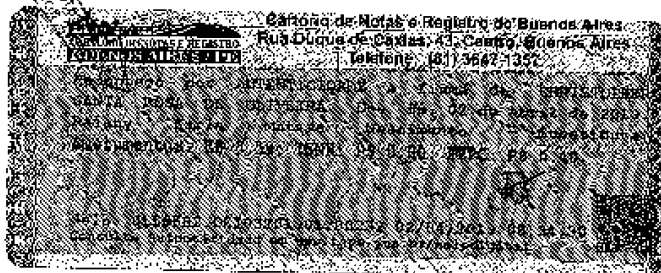
Notas de
Buenos Aires - PE

Christopher Santa Rosa de Oliveira

Assinatura do Declarante

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

Notas de
Buenos Aires - PE





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: 4020-1596 / 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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA

RG nº 491515388, data de expedição 02/04/19

Órgão SSP SP, portador do CPF nº 460.199.563-99

com domicílio na cidade de BUEENOS AIRES, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua da Manga Zona Rural, Buenos Aires - PE, nº 5/N

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FILIPES ALBERTO CORDEIRO DA SILVA, cujo o condutor era

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA/LINCOLN XTZ 250 Ano: 2012/2013

Placa: PE-D-8790 Chassi: SC6K60X10D0U54615

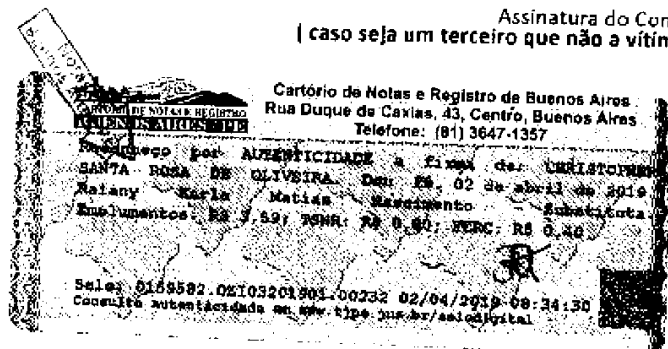
Data do Acidente: 12/05/19

Local e Data: Buenos Aires 02/04/19

05 ABR 2019

Christopher Santa Rosa de Oliveira
Assinatura do Declarante

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



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0008165

Prontuário: 00006679-6

Idade: 22 ANOS, 2 MESES E 23 DIAS

Nome: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Dt. Nasc.: 17/12/1996 Sexo: M Est. Civil:

Endereço: LAGO DO OITEIRO

CEP:

Cidade: BUENOS AIRES/PE

Bairro: ZONA RURAL

Nac:

Documento:

CNS: 898604515192363

Sisprenatal:

Tel:

Mãe: JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA

Pai:

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
12/03/2019 09:14	0008165	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
11:00x60	FR 30	85	60kg	

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

Queixa de moto.

trauma em punha

D.

Rx: trauma de punha.

Voluntários para Tuf

Diplopia para Tuf

Rx punha D.

Recuperação

Nazarey Albertina Simão
Coren-PA 443448

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

ADM MEDICAMENTO:

TÉCNICO / COREN

☐ CURATIVO☐ BÁSICO☐ ESP☐ NEBULIZAÇÃO☐ RETIRADA DE PONTO

Consultas / Atendimento Médico:

MÉDICO CRM

☐ urgência básica☐ urgência especializada☐ observação básica☐ observação especializada

MÉDICO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

Data da impressão: Terça-feira, 12 de Março de 2019 às 09:14

Recepção: TATIANA KARLA

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

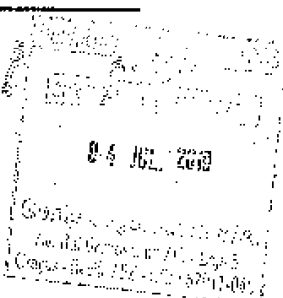
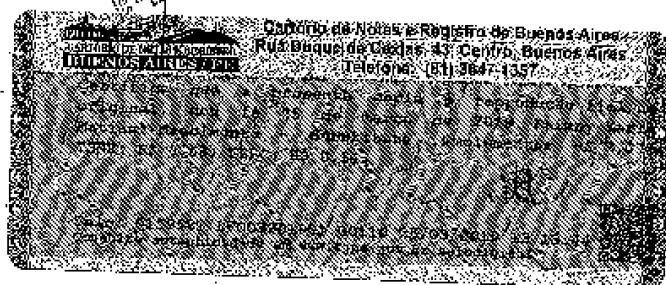
Declaro para os devidos fins, que o Sr. MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 12/03/2019 sofrendo FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO (RX TORNOZELO D AP E PERFIL), em tratamento conservador com imobilização gessada. No momento encontra-se impossibilitado de exercer sua função de origem (GARÇON), devendo ficar afastado de suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia médica do INSS.

CID- S82.6

LIMOEIRO, 25/03/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730 / 16017334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



Rua Antônio Fernandes Salsa, 314 - José Fernandes Salsa - Limoeiro/PE
Fones: (81) 3628.6133 / 3628.4468 / 3628.0877 / 9.8151.9272
E-mail: colfraturas@yahoo.com.br



CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. MOISÉS ALBERTO CORREIA DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 12/03/2019 sofrendo FRATURA DA DIÁFISE DA FÍBULA DIREITA, em tratamento conservador com imobilização ortopédica.

LIMOEIRO, 22/04/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Assinado eletronicamente
em 22/04/2019

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

05 ABR. 2019

Rua Antônio Fernandes Salsa, 314 - José Fernandes Salsa - Limoeiro/PE
Fones: (81) 3628.6133 / 3628.4468 / 3628.0877 / 9.8151.9272
E-mail: col.fraturas@yahoo.com.br



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0008165

Prontuário: 00006679-6

Idade: 22 ANOS, 2 MESES E 23 DIAS

Nome: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Dt. Nasc.: 17/12/1996 Sexo: M Est. Civil:

Endereço: LAGO DO OITEIRO

CEP:

Cidade: BUENOS AIRES/PE

Bairro: ZONA RURAL

Nac:

Documento:

CNS: 898004815192363

Sispre natal:

Tel:

Mãe: JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA

Pai:

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
12/03/2019 09:14	0008165	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
14:00:60	FR 30	85	Adelina Alves Monteiro COREN-PB 448448-EM	

Queixas / Diagnóstico**Tratamento**

Dor de costas.

trauma em punha

D.

Rx: trauma do fêmur.

Volturem tamf IUI

Digitares tamf IUI

- Rx punha D.

- Agnir

Náday Albertina Simão
Coren-PB 448448-EM**Exames complementares****Impressão diagnóstica****CID****Motivo da saída:**Residência ☐ Internado ☐**Justificativa****Encaminhado:****Removido:****Óbito:**

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:**Hora saída:**

CURATIVO ☐		ADM MEDICAMENTO:		TÉCNICO / COREN
NEBULIZAÇÃO ☐		BÁSICO ☐ ESP ☐		
		RETIRADA DE PONTO ☐		
Consultas / Atendimento Médico				MÉDICO CRM
☐ urgência básica		☐ urgência especializada		TÉCNICO / COREN
☐ observação básica		☐ observação especializada		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO		HORÁRIO	

Data da impressão: Terça-feira, 12 de Março de 2019 às 09:14

Recepcionista: TATIANA KARLA

16.03.2019 - 5- 8638952



CENTRO DE DIAGNÓSTICO

COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICA

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito no dia 12/03/2019 sofrendo FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO (RX TORNOZELO D AP E PERFIL), em tratamento conservador com imobilização gessada . No momento encontra-se impossibilitado de exercer sua função de origem (GARÇON) ,devendo ficar afastado de suas atividades profissionais por tempo determinado pela perícia médico do INSS.

CID- S82.6

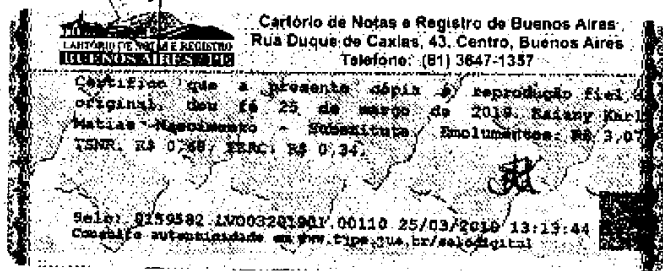
LIMOEIRO, 25/03/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11.730 / RJOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

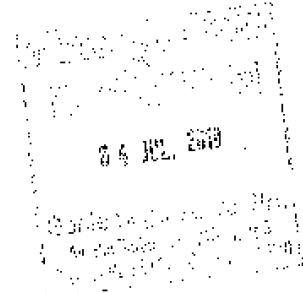
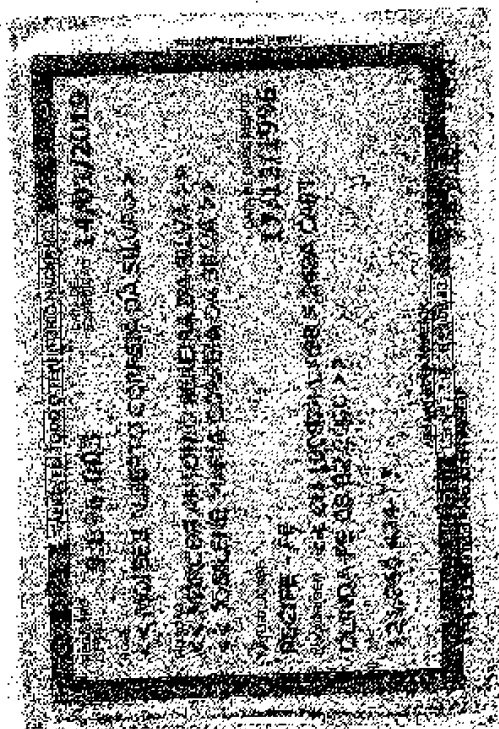
05 AGO. 2019

06 JUL. 2019



Rua Antônio Fernandes Salsa, 314 - José Fernandes Salsa - Limoeiro/PF
Fones: (81) 3628.6133 / 3628.4468 / 3628.0877 / 9.8151.9272
E-mail: col.fraturas@yahoo.com.br





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.896.003 DATA DE EMISSÃO 14/01/2019

NOME << MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MARCOS ANTONIO PEREIRA DA SILVA >>
<< JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 17/12/1996

DOC. ORIGEM << CN 100924 L A98 F 249A CART. OLINDA-PE 06.02.2000 >>

CPF 121.960.474-73

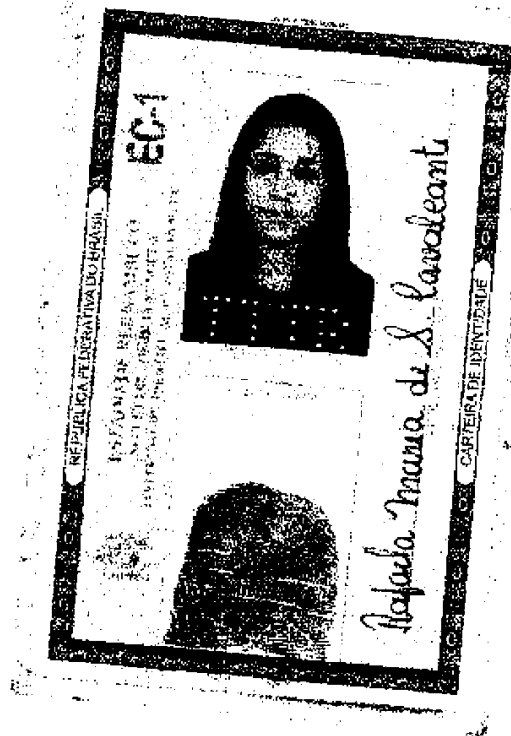
ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.118 DE 20/06/83



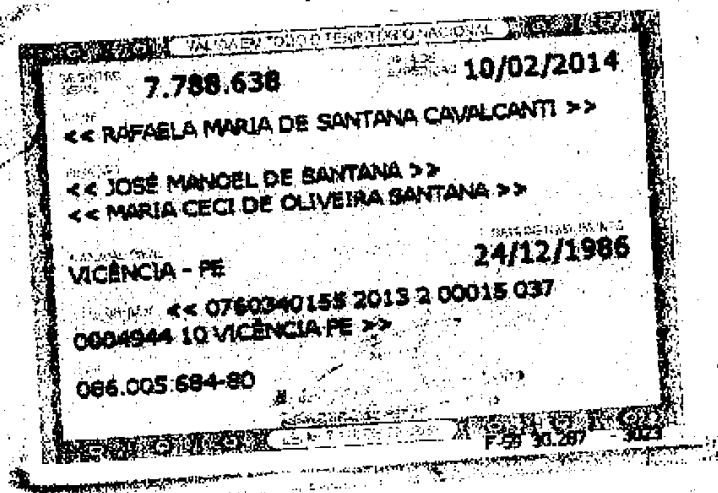
05 ABR. 2019

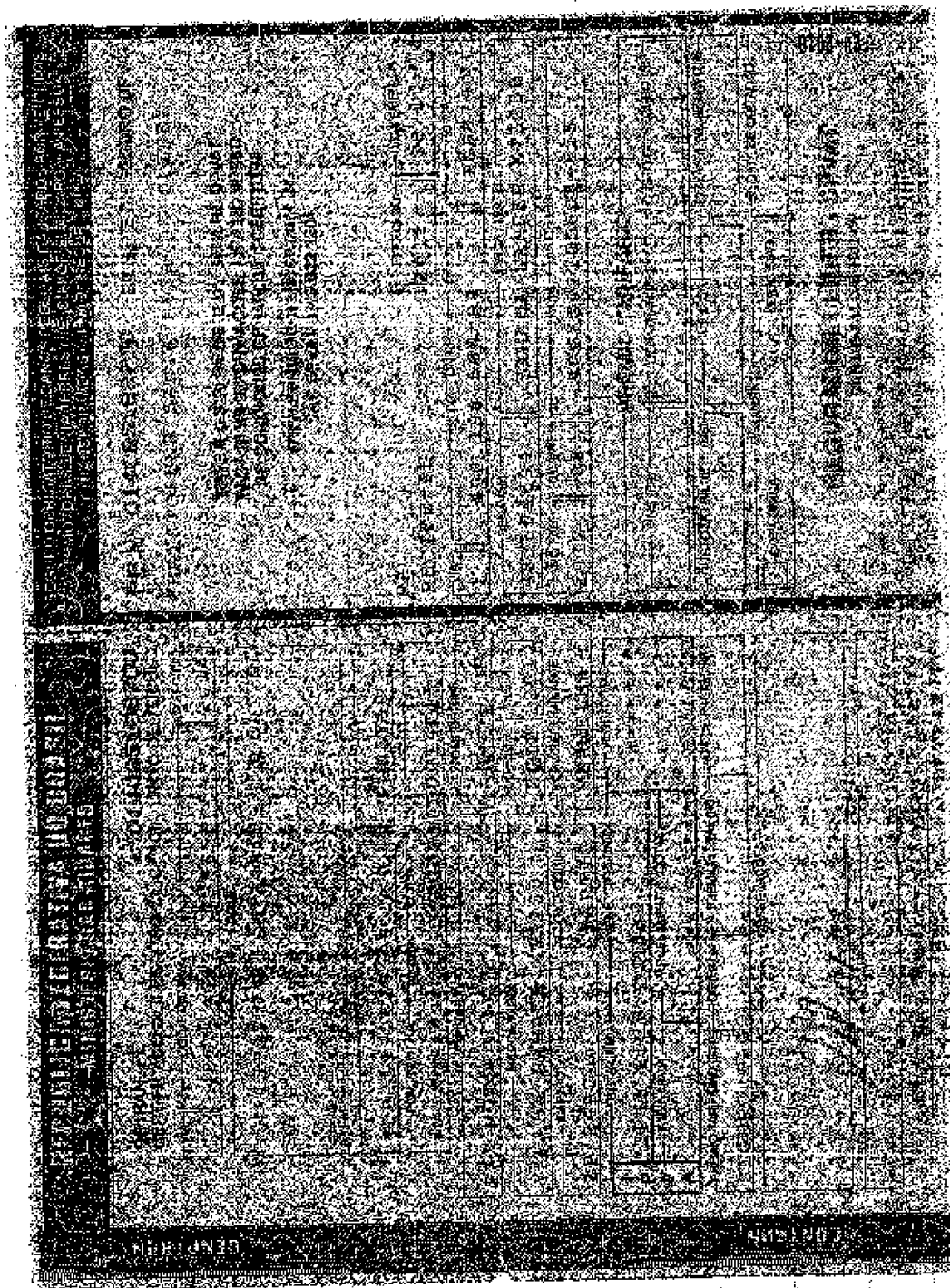
CA JUL. 2019





05 ACO 2013





04 JUL 2020



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES		DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA - ENTÃO DE VEÍCULO	
PE Nº 014085186700 BILHETE DE SEGURO DPVAT		PE Nº 014085186700 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CHEISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEI		CHEISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEI	
ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguredolider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204		www.seguredolider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
RA RECIFE-PE		RA RECIFE-PE	
400-198-568-94 OFF. CNPJ		400-198-568-94 OFF. CNPJ	
487804594 RENAVAM		487804594 RENAVAM	
2012 ANEXO		2012 ANEXO	
YAMAHA/LANDER XT250 MARKA/MODELO		YAMAHA/LANDER XT250 MARKA/MODELO	
2P/299C CATEGORIA		2P/299C CATEGORIA	
1 IPVA 2018 QUETROD		1 IPVA 2018 QUETROD	
2 IPVA 2018 QUETROD		2 IPVA 2018 QUETROD	
3 IPVA 2018 QUETROD		3 IPVA 2018 QUETROD	
4 IPVA 2018 QUETROD		4 IPVA 2018 QUETROD	
5 IPVA 2018 QUETROD		5 IPVA 2018 QUETROD	
6 IPVA 2018 QUETROD		6 IPVA 2018 QUETROD	
7 IPVA 2018 QUETROD		7 IPVA 2018 QUETROD	
8 IPVA 2018 QUETROD		8 IPVA 2018 QUETROD	
9 IPVA 2018 QUETROD		9 IPVA 2018 QUETROD	
10 IPVA 2018 QUETROD		10 IPVA 2018 QUETROD	
11 IPVA 2018 QUETROD		11 IPVA 2018 QUETROD	
12 IPVA 2018 QUETROD		12 IPVA 2018 QUETROD	
13 IPVA 2018 QUETROD		13 IPVA 2018 QUETROD	
14 IPVA 2018 QUETROD		14 IPVA 2018 QUETROD	
15 IPVA 2018 QUETROD		15 IPVA 2018 QUETROD	
16 IPVA 2018 QUETROD		16 IPVA 2018 QUETROD	
17 IPVA 2018 QUETROD		17 IPVA 2018 QUETROD	
18 IPVA 2018 QUETROD		18 IPVA 2018 QUETROD	
19 IPVA 2018 QUETROD		19 IPVA 2018 QUETROD	
20 IPVA 2018 QUETROD		20 IPVA 2018 QUETROD	
21 IPVA 2018 QUETROD		21 IPVA 2018 QUETROD	
22 IPVA 2018 QUETROD		22 IPVA 2018 QUETROD	
23 IPVA 2018 QUETROD		23 IPVA 2018 QUETROD	
24 IPVA 2018 QUETROD		24 IPVA 2018 QUETROD	
25 IPVA 2018 QUETROD		25 IPVA 2018 QUETROD	
26 IPVA 2018 QUETROD		26 IPVA 2018 QUETROD	
27 IPVA 2018 QUETROD		27 IPVA 2018 QUETROD	
28 IPVA 2018 QUETROD		28 IPVA 2018 QUETROD	
29 IPVA 2018 QUETROD		29 IPVA 2018 QUETROD	
30 IPVA 2018 QUETROD		30 IPVA 2018 QUETROD	
31 IPVA 2018 QUETROD		31 IPVA 2018 QUETROD	
32 IPVA 2018 QUETROD		32 IPVA 2018 QUETROD	
33 IPVA 2018 QUETROD		33 IPVA 2018 QUETROD	
34 IPVA 2018 QUETROD		34 IPVA 2018 QUETROD	
35 IPVA 2018 QUETROD		35 IPVA 2018 QUETROD	
36 IPVA 2018 QUETROD		36 IPVA 2018 QUETROD	
37 IPVA 2018 QUETROD		37 IPVA 2018 QUETROD	
38 IPVA 2018 QUETROD		38 IPVA 2018 QUETROD	
39 IPVA 2018			

**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190462777
Nome do(a) Examinado(a): Moises Alberto Correia da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua do Nobre, 53
Lga do Oiteir Buenos Aires PE CEP: 55845-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9896003
Data local do acidente: [12/03/2019]
Data local do exame: [19/08/2019] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA FÍBULA DIREITA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 12/03/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA FÍBULA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO BOTA GESSADA POR 70 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA PERNA DIREITA, EDEMA EM PERNA DENOTANDO AUMENTO DE VOLUME DEVIDO AO TRAUMA DE PARTES MOLES, ALEM DE CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.
Data da Alta: 12/03/2019

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

AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA PERNA DIREITA, EDEMA (2+/4+) EM PERNA DENOTANDO AUMENTO DE VOLUME DEVIDO AO TRAUMA DE PARTES MOLES, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO EM 25°.

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

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não

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

DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO EM 25°.

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, §1º do art. 3º 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):

TORNOZELO - Lado Direito

% 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

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) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
R. 555 - 54M - PB - 24411 - CAM - PE
TE 011 44830



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462777

Cidade: Nazaré da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do acidente: 12/03/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA PERNA DIREITA, EDEMA (2+/4+) EM PERNA DENOTANDO AUMENTO DE VOLUME DEVIDO AO TRAUMA DE PARTES MOLES, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO EM 25°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO BOTA GESSADA POR 70 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO(50%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462777

Cidade: Nazaré da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do acidente: 12/03/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA PERNA DIREITA, EDEMA (2+/4+) EM PERNA DENOTANDO AUMENTO DE VOLUME DEVIDO AO TRAUMA DE PARTES MOLES, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO TORNOZELO EM 25°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO BOTA GESSADA POR 70 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO(50%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/08/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190413217

Cidade: Nazaré da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do acidente: 12/03/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462777

Cidade: Nazaré da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do acidente: 12/03/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @PAG 3. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462777

Cidade: Nazaré da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do acidente: 12/03/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA FÍBULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @PAG 3. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190413217

Cidade: Nazaré da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do acidente: 12/03/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

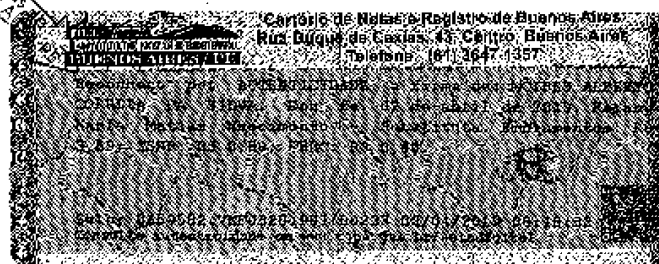
OUTORGANTE: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 9.896.003, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 121.960.474-73, residente na Rua dos Nobres, nº 53, Distrito de Lagoa do Outeiro, Buenos Aires-PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Poderão também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires/PE 02 de abril de 2019.

Outorgante: Moises Alberto C. da Silva



04 JUL 2019



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

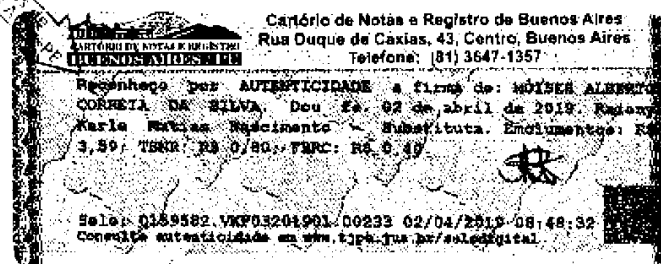
OUTORGANTE: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 9.896.003, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 121.960.474-73, residente na Rua dos Nobres, nº 53, Distrito de Lagoa do Outeiro, Buenos Aires-PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Lider, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires/PE de 02 de abril de 2019.

Outorgante: Moises Alberto C. da Silva

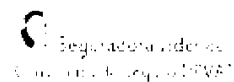


05 Abr. 2019

DA NL 100



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265361/19

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

CPF: 121.960.474-73

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/03/2019

Titular do CPF: MOISES ALBERTO
CORREIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA : 121.960.474-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

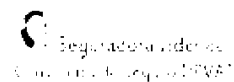
Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226093/19

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

CPF: 121.960.474-73

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/03/2019

Titular do CPF: MOISES ALBERTO
CORREIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA : 121.960.474-73

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/07/2019
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI
CPF: 086.005.684-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/07/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino





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, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190413217

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MOISES ALBERTO CORREIA 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

Carta nº 14580239

Pag. 01327/01328 - carta_01 - INVALIDEZ

00020664





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 Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190413217

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

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 sequela definitiva, 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. 00603/00604 - carta_04 - INVALIDEZ

00070302



Carta nº 14601818





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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462777

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MOISES ALBERTO CORREIA 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

Carta nº 14670991

Pag. 00681/00682 - carta_01 - INVALIDEZ

00050341





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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462777

Vítima: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 12/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MOISES ALBERTO CORREIA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001672-1

Conta: 0000013808-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

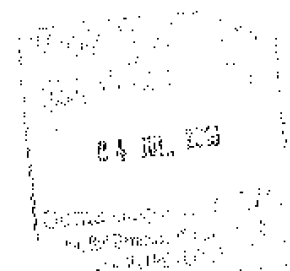
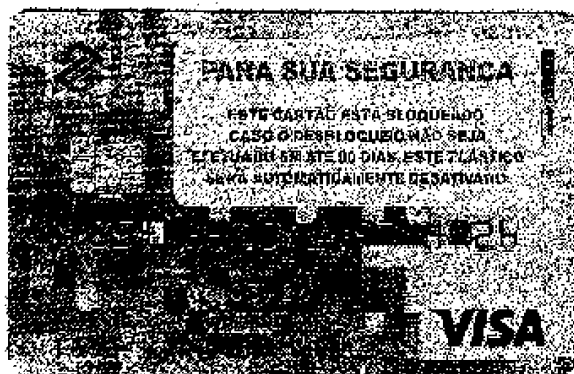
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS: _____ CPF da vítima: 121.960.444-73 Nome completo da vítima: Maisei Alberto Correia da Silva

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

Nome completo: Maisei Alberto Correia da Silva CPF: 121.960.444-73
Profissão: _____ Endereço: Rua do Nobre Número: 33 Complemento: _____
Bairro: Jaqueira do Oeste Cidade: Buenos Aires Estado: PE CEP: 55845-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 81/9-926-2319

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1672 1 CONTA: 13-808 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Felo 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 as contas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o ROGO
Maisei Alberto C. da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

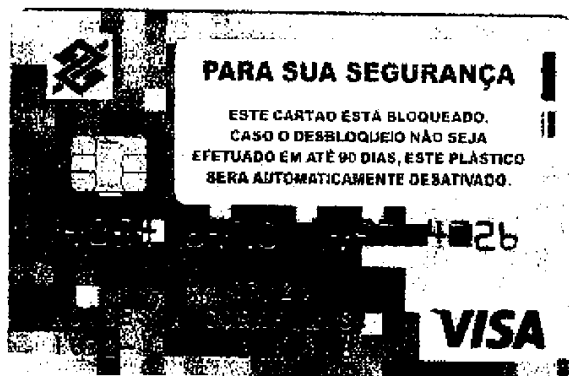
2ª Nome: _____
CPF: _____

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, comprometero-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01 V001/2018



05 AGO. 2019



127360 4217-24



02.26093/19
525997

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP50ªCIRC
DINTER/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0140000623**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2019** às **13:45**

Complementa o BO Número: **19E0140000315**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/3/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 1 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AÓS A MAURICEA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (NOTICIANTE)
MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (VITIMA)
CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA** Pai: **MARCOS ANTONIO CORREIA DA SILVA** Data de Nascimento: **17/12/1998**
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 33 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **AUXILIADORA DE FATIMA ALVES SANTA ROSA** Pai: **MANOEL BARBOSA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/8/1992** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **491615388/SSP/PE (RG)** Profissão: **GARÇOM** Telefones Celulares: **993581088**

Residência: **RUA DA MANGA - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

/Users/linv/informativa/1702019



ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: **EZILDA FONSECA PEREIRA** Pai: **PETRONIO FERNADO GONÇALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **27/10/1954**
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PGD8790** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

CAMINHÃO DE GÁS (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PGD 8790 E QUE MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA ESTAVA NO CARONA DA MOTO. QUANDO UM CARRO DE GÁS, FEZ O RETORNO, PRA PEGAR A OUTRA FAIXA, SEM SINALIZAR, ENTRANDO DE VEZ, VINDO A SE CHOCAR COM A MOTO, LEVANDO OS PASSAGEIROS AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE.

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA
(VÍTIMA)

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
(VÍTIMA)

ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARCIA CRISTINA DA SILVA** Matrícula: **319605-8**



04 JUL 2020

Imprimir



525997

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP50ªCIRC
DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0140000315

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/03/2019 às 11:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 13/3/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 01 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AÓS A MAURICEA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (NOTICIANTE)
MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (VITIMA)
CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA** Pai: **MARCOS ANTONIO CORREIA DA SILVA** Data de Nascimento: 17/12/1996 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **AUXILIADORA DE FATIMA ALVES SANTA ROSA** Pai: **MANOEL BARBOSA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: 7/8/1992 Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 491615388/SSP/PE (RG) Profissão: **GARCOM** Telefones: - 995591008

Residencial: **RUA DA MANGA - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **EZILDA FONSECA PEREIRA** Pai: **PETRONIO FERNADO GONÇALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: 27/10/1954 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD8790** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

CAMINHÃO DE GÁS (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PGD 8790 E QUE MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA ESTAVA NO CARONA DA MOTO. QUANDO UM CARRO DE GÁS, FEZ O RETORNO, PRA PEGAR A OUTRA FAIXA, SEM SINALIZAR, ENTRANDO DE VEZ, VINDO A SE CHOCAR COM A MOTO, LEVANDO OS PASSAGEIROS AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE.

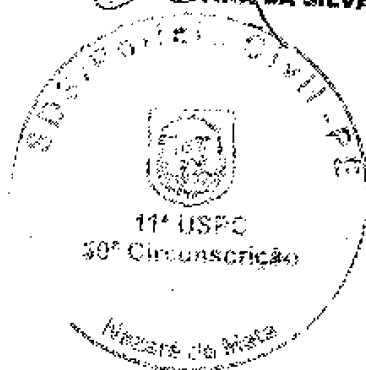
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
(VITIMA)

ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARCIA CRISTINA DA SILVA** - Matrícula: **319865-8**





0226093/19

525997

539110

0265361/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP50ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0140000623

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2019** às **13:45**
Complementa o BQ Número: **19E0140000315**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no
dia **12/3/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 1 - Bairro: CENTRO - NAZARE**
DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **AÓS A MAURICEA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (NOTICIANTE)
MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (VITIMA)
CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (VITIMA)

05 AGO. 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE**
OLIVEIRA
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

04 JUL 2019

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSILENE
MARIA CORREIA DA SILVA Pai: MARCOS ANTONIO CORREIA DA SILVA Data de Nascimento: 17/12/1996
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS**
AIRES, 53 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

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

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
AUXILIADORA DE FATIMA ALVES SANTA ROSA Pai: MANOEL BARBOSA DE OLIVEIRA Data de Nascimento:
7/8/1992 Naturalidade: BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 491515388/SSP/PE (RG) Profissão:
GARCOM Telefones Celulares:
- 995591008

Residencial: **RUA DA MANGA - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS**
AIRES, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL

[le://cms/infopol/xml/BOEPReview.html](https://cms/infopol/xml/BOEPReview.html)



ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EZILDA FONSECA PEREIRA** Pai: **PETRONIO FERNADO GONÇALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **27/10/1954**
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PGD8790 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

CAMINHÃO DE GÁS (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PGD 8790 E QUE MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA ESTAVA NO CARONA DA MOTO. QUANDO UM CARRO DE GÁS, FEZ O RETORNO, PRA PEGAR A OUTRA FAIXA, SEM SINALIZAR, ENTRANDO DE VEZ, VINDO A SE CHOCAR COM A MOTO, LEVANDO OS PASSAGEIROS AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE.

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
(VITIMA)

ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARCIA CRISTINA DA SILVA** - Matrícula: **319865-8**

05 AGO. 2019

04 JUL. 2019

Imprimir



525997

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP50ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0140000315**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/03/2019** às **11:30**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **13/3/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 01 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AOS A MAURICEA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (NOTIFICANTE)
MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (VITIMA)
CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (VITIMA)

05 AÇO. 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**

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

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA** Pai: **MARCOS ANTONIO CORREIA DA SILVA** Data de Nascimento: **17/12/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **AUXILIADORA DE FATIMA ALVES SANTA ROSA** Pai: **MANOEL BARBOSA DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **7/8/1992** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **491515388/SSP/PE (RG)** Profissão: **GARCOM** Telefones Celulares: **895591008**

Residencial: **RUA DA MANGA - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EZILDA FONSECA PEREIRA** Pai: **PETRONIO FERNADO GONÇALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **27/10/1954** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA DO NOBRE - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 53 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**



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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGDB790** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

CAMINHÃO DE GÁS (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PGD 8790 E QUE MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA ESTAVA NO CARONA DA MOTO. QUANDO UM CARRO DE GÁS, FEZ O RETORNO, PRA PEGAR A OUTRA FAIXA, SEM SINALIZAR, ENTRANDO DE VEZ, VINDO A SE CHOCHAR COM A MOTO, LEVANDO OS PASSAGEIROS AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE.

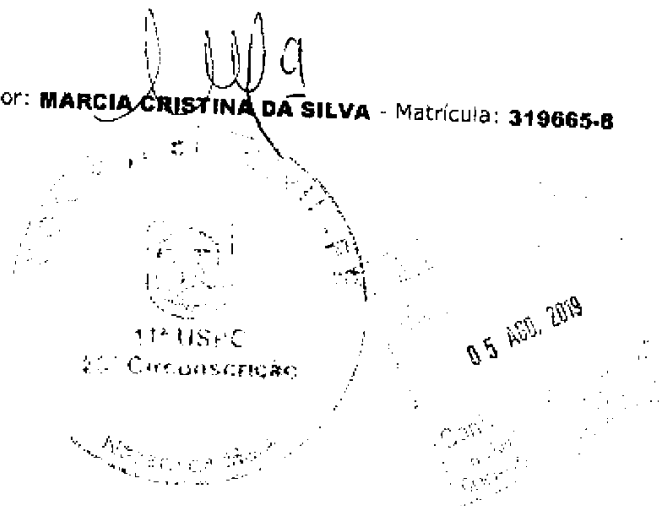
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA
(VITIMA)

CHRISTOPHER SANTA ROSA DE OLIVEIRA
(VITIMA)

ANIBAL EDUARDO FONSECA PEREIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARCIA CRISTINA DA SILVA** - Matrícula: **319665-8**



05 JUL 2020



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS: _____ CPF da vítima: 121.960.444-73 Nome completo da vítima: Moses Alberto Correia da Silva

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

Nome completo: Moses Alberto Correia da Silva CPF: 121.960.444-73

Profissão: _____ Endereço: Rua do Nobre Número: 33 Complemento: _____

Bairro: Joazeiro do Oeste Cidade: Buenos Aires Estado: PE CEP: 55845-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 81/9-926-2319

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 1672 1 CONTA: 13-808 8

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

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

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

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

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

Felo 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 as contas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias 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 art. 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RÓGO
Moses Alberto C. da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª 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 RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometero-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

01 V001/2018

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0008165

Prontuário: 00006679-6

Idade: 22 ANOS, 2 MESES E 23 DIAS

Nome: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

Dt. Nasc.: 17/12/1996 Sexo: M Est. Civil:

Endereço: LAGO DO OITEIRO

CEP:

Cidade: BUENOS AIRES/PE

Bairro: ZONA RURAL

Nac:

Documento:

CNS: 898004515192363

Sis prenatal:

Tel.:

Mãe: JOSILENE MARIA CORREIA DA SILVA

Pai:

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
12/03/2019 09:14	0008165	ACIDENTE DE MOTO

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura
14:01:60	FR 30	85	65 kg	Nazary Albertina Simão

Queixas / Diagnóstico

Dor de mão.

maneira em punha

D.

Rx: fratura de tíbia.

Tratamento

Voluntária para IUI

Diminuiu para IUI

Rx punha D.

Assinatura: Nazary Albertina Simão

Coren-PB 443.448-5

Exames complementares

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

Impressão diagnóstica

CID

ADM MEDICAMENTO:		TÉCNICO / COREN
☐ CURATIVO	☐ BÁSICO ☐ ESP	
☐ NEBULIZAÇÃO	☐ RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO CRM
☐ urgência básica	☐ urgência especializada	MÁRIO:
☐ observação básica	☐ observação especializada	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data da impressão: Terça-feira, 12 de Março de 2019 às 09:14

Recepcionista: TATIANA KARLA





SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Ocorrência

600359

1. Hora do chamado	2. Chegada ao local	3. Saída do local	4. Hora de conclusão	5. Saída do hospital
6. Motivo/Solicitação	7. Data	8. Tipo de recurso	9. Origem do atendimento	10. Meio de transporte
11. Paciente	12. Data de nascimento	13. Sexo	14. Tipo de atendimento	15. Causa externa
16. Local de ocorrência	17. Zona	18. Referência	19. Município	20. N.º
21. Tipo de vítima	22. Meio de locomoção da vítima	23. Mecanismo da lesão	24. Natureza da lesão	25. Uso de capacete pela vítima
26. Uso de cinto de segurança	27. Uso de airbag pela vítima	28. Uso de cintos de segurança	29. Uso de cintos de segurança	30. Uso de cintos de segurança
31. Intoxicação Exógena	32. Agressão	33. Queda	34. Queda	35. Queda
36. Queda	37. Queda	38. Queda	39. Queda	40. Queda
41. Queda	42. Queda	43. Queda	44. Queda	45. Queda
46. Queda	47. Queda	48. Queda	49. Queda	50. Queda
51. Queda	52. Queda	53. Queda	54. Queda	55. Queda
56. Queda	57. Queda	58. Queda	59. Queda	60. Queda
61. Queda	62. Queda	63. Queda	64. Queda	65. Queda
66. Queda	67. Queda	68. Queda	69. Queda	70. Queda
71. Queda	72. Queda	73. Queda	74. Queda	75. Queda
76. Queda	77. Queda	78. Queda	79. Queda	80. Queda
81. Queda	82. Queda	83. Queda	84. Queda	85. Queda
86. Queda	87. Queda	88. Queda	89. Queda	90. Queda
91. Queda	92. Queda	93. Queda	94. Queda	95. Queda
96. Queda	97. Queda	98. Queda	99. Queda	100. Queda

4. Principal lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tronco	Membros	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
Amputação									
Contusão									
Excoriação									
Ematoma									
Pericardite									
Contusão									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Lesão									



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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MOISES ALBERTO CORREIA DA SILVA

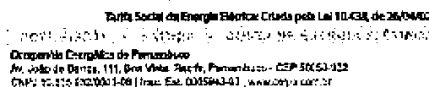
BANCO: 001

AGÊNCIA: 01672-1

CONTA: 000000013808-8

Nr. da Autenticação 3D2E32E6C5926A14





PUBLISHED BY THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

M. A. JOSE ET AL. 1994: 1A

CONTROL SUBJECTS

56845-200

CONFIDENTIAL
2658645018
DATA DE VERIFICACAO
30/04/2019

RELAZIO
04/2019
DATA DE VERIFICACAO
23/05/2019

67.18

	ORGANIZACAO	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
1. nome Amos (P.S.)	SC. HORTICOLA	0,17355557	0,17
Contrib. Aut. Prota Municipal			0,17
CONF. Sub-emprego-100000-051001104-00-0000-00			0,17
Multiplo stress-100-05555-0400-230-0316			0,17
Unica par stress-100-05555-0400-230-0316			0,17
Multiplo stress-100-05555-0400-230-0316			0,17

*G.A. CONFIDENTIAL

67 18

SP DO MEDICADOR	TIPO DA PUNÇÃO	ANTERIOR DATA LEITURA	ATUAL DATA LEITURA	TP DE DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CORREÇÃO GRÁFICA
1000000	001	20050501 0 000 00	20050510 0 000 00	09	1 000000		00,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

SECTOR	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
INDÚSTRIA	35.0	38.0	40.0	42.0	45.0	48.0	50.0	52.0	55.0	58.0	60.0
SERVIÇOS	25.0	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0
RESIDENCIAL	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0
COMÉRCIO	5.0	5.5	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	8.5	9.0	9.5	10.0
TRANSPORTES	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.0
AGRICULTURA, PISCICULTURA, E CRIAÇÃO DE ANIMAIS	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5
SERVIÇOS PÚBLICOS	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0
OUTROS	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5

[illegible]

05 AUG 2019

As a condition for the sale of the property, the seller agreed to pay the cost of the title insurance policy. The title insurance policy was issued by the title insurance company, and the seller paid the cost of the policy. The title insurance policy was issued by the title insurance company, and the seller paid the cost of the policy.

VALORES ANUALIZADOS E TRIBUTÁRIOS					TAXA DE INCIDÊNCIA (%)		
CONCEITO	VALOR ANUALIZADO	VALOR NOMINAL	VALOR TRIBUTÁRIO	VALOR ANUAL	TAXA DE INCIDÊNCIA (%)		
					ANEXO	ANEXO	ANEXO
ALUGUELO	2,22	0,00	21,74	0,48	220	202	231
IMPT	1,12	1,00	12,50	12,50			
IMCF	2,30	5,88	0,00	0,00			

CONTE CONTRATO	PERÍODO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
----------------	---------	--------------------	---------------------

67.18

83880000000-3 67180011902-9 65984501910-2 13886323123-2



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de S. Carvalanti inscrito (a) no CPF 086.005.684/80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário maíres Alberto Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.960.434/33, do sinistro de DPVAT cobertura Smal Permanente da Vítima maíres Alberto Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.960.434/33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>Rua Jose Emiliano</u>	Número <u>1A</u>	Complemento —
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Estado <u>PE</u>
CEP <u>55845-000</u>		
Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9-9216-2319</u>		Telefone celular (DDD) <u>(81) 9-9199-1433</u>

Buenos Aires 10 de maio de 2019
Local e Data

Rafaela Maria de S. Carvalanti
Assinatura do Declarante



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF nº 086.005.684/80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Moises Alberto Perreira da S. G. inscrito (a) no CPF sob o nº 121.960.434/3.3 do sinistro de DPVAT cobertura Mod. Rendimento da Vítima Moises Alberto Perreira da S. G. inscrito (a) no CPF sob o nº 121.960.434/3.3, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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
Rua José Emílio	1A	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55845-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
	(81) 9-9216-2319	(81) 9-9149-1433

05 ACO, 2019

Buenos Aires 10 de maio de 2019
Local e Data

Rafaela Maria de S. Cavalcanti
Assinatura do Declarante

CDRL001 V001/2017

