



Número: **0005942-78.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SIMONE CONCEICAO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59994 306	30/03/2020 15:01	<a href="#"><u>2708822_CONTESTACAO_01</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00059427820208172001

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

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **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 **SIMONE CONCEICAO 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 **25/05/2019**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 16/07/2019.**

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012031900000058980861>  
Número do documento: 20033015012031900000058980861

Num. 59994306 - Pág. 1

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

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

### **DO MÉRITO**

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

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



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

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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 25/05/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

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

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;

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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

<sup>4</sup>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.

<sup>5</sup>Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



## DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

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

## DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

## CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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



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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de março de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR  
30225 - OAB/PE**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012031900000058980861>  
Número do documento: 20033015012031900000058980861

Num. 59994306 - Pág. 6

## 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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**



**TABELA DE GRAADAÇÃO**

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012031900000058980861>  
 Número do documento: 20033015012031900000058980861

Num. 59994306 - Pág. 8

## **SUBSTABELECIMENTO**

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **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 nº 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 **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SIMONE CONCEICAO DA SILVA**, em curso perante a **29ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00059427820208172001.

Rio de Janeiro, 23 de março 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012031900000058980861>  
Número do documento: 20033015012031900000058980861

Num. 59994306 - Pág. 9



Número: **0005942-78.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SIMONE CONCEICAO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	
<b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59994 307	30/03/2020 15:01	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190704765      **Cidade:** Carpina  
**Vítima:** SIMONE CONCEICAO DA SILVA      **Data do acidente:** 25/05/2019  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da escápula à esquerda.

**Descrição do exame** Ao exame, vítima apresenta bloqueio articular do ombro esquerdo, realiza flexão a 100°, abdução a 120°, deficit de força grau III.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências; Alta há cerca de 30 dias

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190704765      **Cidade:** Carpina  
**Vítima:** SIMONE CONCEICAO DA SILVA      **Data do acidente:** 25/05/2019  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da escápula à esquerda.

**Descrição do exame** Ao exame, vítima apresenta bloqueio articular do ombro esquerdo, realiza flexão a 100º, abdução a 120º, deficit de força grau III.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências; Alta há cerca de 30 dias

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704765 Cidade: Carpina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA Data do acidente: 25/05/2019 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ESCAPULA ESQUERDA SEM DESVIO.

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: @PÁG 01.

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 dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012044500000058980862>

Número do documento: 20033015012044500000058980862

Num. 59994307 - Pág. 3

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704765 Cidade: Carpina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA Data do acidente: 25/05/2019 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

Data da análise: 19/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA ESCAPULA ESQUERDA SEM DESVIO.

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: @PÁG 01.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, 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 dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012044500000058980862>

Número do documento: 20033015012044500000058980862

Num. 59994307 - Pág. 4

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455756/19

**Vítima:** SIMONE CONCEICAO DA SILVA

**CPF:** 103.225.694-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/05/2019

**Titular do CPF:** SIMONE CONCEICAO DA SILVA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**SIMONE CONCEICAO DA SILVA : 103.225.694-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019  
Nome: SIMONE CONCEICAO DA SILVA  
CPF: 103.225.694-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

SIMONE CONCEICAO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403633/19

**Vítima:** SIMONE CONCEICAO DA SILVA

**CPF:** 103.225.694-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/05/2019

**Titular do CPF:** SIMONE CONCEICAO DA SILVA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**SIMONE CONCEICAO DA SILVA : 103.225.694-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019  
Nome: SIMONE CONCEICAO DA SILVA  
CPF: 103.225.694-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

SIMONE CONCEICAO DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



**Laudo 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: **3190704765**

Nome do(a) Examinado(a): **SIMONE CONCEICAO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R moacir maria da silva, 40 - Carpina - PE - CEP 55813-901**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **8458256**

Data e local do acidente: [ **25/05/2019** ] **Carpina, PE**

Data e local do exame: [ **03/01/2020** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Fratura da escápula à esquerda.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame, vítima apresenta bloqueio articular do ombro esquerdo, realiza flexão a 100°, abdução a 120°, deficit de força grau III.*

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

[  ] Sim [  ] Não

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

*Submetido a tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem intercorrências; Alta há cerca de 30 dias*

**V.** Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

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

*Limitação funcional do ombro esquerdo*

**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 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, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Ombro esquerdo**

% 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  
a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





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

**Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190704765 Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

**Data do Acidente:** 25/05/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SIMONE CONCEICAO 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, contados 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 n° 15265697



01629/01630 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003301501204450000058980862>  
Número do documento: 2003301501204450000058980862

Núm. 59994307 - Pág. 9



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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190704765** Vítima: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

**Data do Acidente: 25/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SIMONE CONCEICAO DA SILVA**

Informamos que o pagamento da inden

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21, § 1º, II, do Código de Defesa do Consumidor.

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **SIMONE CONCEICAO DA SILVA**

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 341

Agência: 000002917

Conta: 0000013272-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguraudora Eider-DFVA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003301501204450000058980862>

Num. 50004307 Pág. 10

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	103.225.694-00	Simone Conceição da Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Simone Conceição da Silva	103.225.694-00		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Autônoma	Rua mocas Maria da Silva	40	Cmpr
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
STº Antônio	Campina	PE	55.810.000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 081 996686080		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:

2917

CONTA:

13272

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

CONTA:

\_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Campina (PE) 12.10.19

\* Simone Conceição da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1.0002/2019



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	103.225.694-00	Simone Conceição da Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Simone Conceição da Silva	103.225.694-00		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Autônoma	Rua mocas Maria da Silva	40	Cmpr
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
STº Antônio	Campina	PE	55.810.000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 081 996686080		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

AGÊNCIA: 2917 CONTA: 13272 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai-nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	--

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

LV002/2019

40 - Local e Data, *Coronha (PE) 12-10-19*  
\* Simone Conceição da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	103.225.694-00	Simone Conceição da Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Simone Conceição da Silva	103.225.694-00		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Autônoma	Rua mocas Maria da Silva	40	Cmpr
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
STº Antônio	Campina	PE	55.810.000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 081 996686080		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2917	CONTA: 13272	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)		

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:						
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai-nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não					

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Campina (PE) 12.10.19  
Simone Conceição da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1.0002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045º CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45º CIRC  
DINTER1/11º DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0135002787**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/07/2019 às 10:20**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **25/5/2019 às 16:50**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOAQUIM GONCALVES GUERRA, 01** - Bairro: **SANTO ANTONIO** -  
**CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

QUEDA ( AUTOR \ AGENTE )  
TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA ( OUTRO )  
SIMONE CONCEIÇÃO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TARSSIO VANDERLI  
MOURA LIMA

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

QUEDA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de  
Contato: -

**TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MINERVA GOMES DE  
MOURA** Data de Nascimento: **18/2/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 40, RUA MOACIR MARIA DA SILVA - LOT. TRES MARIAS - CEP: 0 -**  
**Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SIMONE CONCEIÇÃO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA INES DA CONCEIÇÃO**  
Data de Nascimento: **31/8/1989** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 40, RUA MOACIR MARIA DA SILVA - LOT TRES MARIAS - CEP: 0 -**  
**Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA**, que estava em posse:

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
J411119



do(a) Sr(a): **TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR 125 K** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **ROXA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEE6460** (PERNAMBUCO/CARPINA) Renavam: **397735464** Chassi: **9C6KE1520C0079587**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

### Complemento / Observação

**COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA, A SRA SIMONE CONCEIÇÃO, INFORMANDO QUE NO DIA 25/05/2019, POR VOLTA DAS 16:50 HS QUANDO SE ENCONTRAVA DE CARONA NA MOTO DE PLACA PEE-6460, NA OCASIÃO CONDUZIDA PELO SR. TARSSIO VANDERLI, TENDO O MESMO AO TENTAR SE LIVRAR DE OUTRA MOTO QUE SE ATRAVESSOU NA SUA FRENTES, VINDO A CAIREM NO SOLO E POR CONTA DISSO, A VITIMA SOFREU ALGUNS ARRANHÓES E FRATURA. A VITIMA FOI SOCORRIDA A UNIDADE MISTA LOCAL PELO SAMU.**

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

**TARSSIO VANDERLI MOURA LIMA**

(OUTRO)

*Simone Conceição da Silva*

**SIMONE CONCEIÇÃO DA SILVA**

(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE AMARO DE AGUIAR** Matrícula: **3847977**



2 de 2

16/07/2019 |

KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
31/11/19



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	103.225.694-00	Simone Conceição da Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):

*Simone Conceição da Silva*  
*Autônoma* *Rua mocas Maria da Silva* *40* *Cmpr*  
*STº Antônio* *Campina* *PE* *55.810.000*  
*091 996686080*

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: <b>2917</b> CONTA: <b>13272</b> Dígito: <b>8</b> (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ Dígito: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vai-nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1. V002/2019



# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: SIMONE CONCEICAO DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02917

CONTA: 000000013272-8

---

Autenticação:

8CACB3F59AFD93A070550507CFDC0E490043BC7A0AE4354594AE6AFDBCEC6867



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012044500000058980862>  
Número do documento: 20033015012044500000058980862

Num. 59994307 - Pág. 17



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 6115055 N° 95969848
EDMILSON CARLOS DA SILVA R. HOACIR MARIA DA SILVA, 11. DEKRO 5810-000 INSCRIÇÃO: 040 100 550-0004 100 01503 000 015055		18192770411
SITUAÇÃO ÁGUA		RESIDENCIAL QUANTIDADE DE ECONOMIAS PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL	1 COMERCIAL INDUSTRIAL
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL TIPO DE CONSUMO (A/E)
A12B240568	30/08/2019	01/10/2019 REAL

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO  
ESTADUAL N° 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSA SENHORIA CLIENTE  
QUE, CASO OS DÉBITOS NAO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A  
SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTERNA OS  
DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU HOUVE PARA APRESENTAÇÃO  
AOS NOSSOS FUNCIONARIOS. MANTenha SEU PAGAMENTO NA PRÉ-PAZ. EVITE O  
CORTE E A RETATUAÇÃO DO SEU NOME NA Sua FICHA. CONTAS, EVITE O

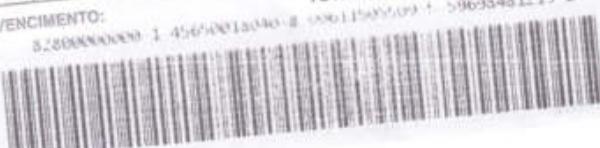
CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

REFERÊNCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
08/2019	15/09/2019	45,65

EMISSÃO: 28/09/2019

TRIBUTOS	TAXAS/DESENHOS	PERCENTUAL(S)	VALOR(R\$) IMPORTE
0%	0%	0%	0,00

VENCIMENTO: TOTAL A PAGAR: 45,65  
3230000000001 4561001804018 100611500009 1 59638481215-2



KOTE SEGUROS  
Erica Araújo  
2411119





Nº da Ocorrência

67c 092632

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:	<input type="checkbox"/> 1. USA	<input checked="" type="checkbox"/> 2. USA	<input type="checkbox"/> 3. VIR	<input type="checkbox"/> 4. Helicóptero
9. Origem do acionamento	<input type="checkbox"/> 1. Domicílio	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública	<input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 5. Moto
10. Médico responsável			11. Rádio operador	<input type="checkbox"/> 4. SAD
12. Paciente			13. Solteirão	
14. Data de nascimento		15. Idade	16. Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Masculino
				<input checked="" type="checkbox"/> 2. Feminino
17. Logradouro				
18. Bairro				19. Nº
20. Zona	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Urbana	<input type="checkbox"/> 2. Rural	22. Referência	20. Município
23. Local de ocorrência	24. Ocorrência relacionada ao trabalho	25. Tipo de atendimento		
<input type="checkbox"/> 1. Via Pública	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Clínico	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa extrema	<input type="checkbox"/> 3. Obstétrico
<input type="checkbox"/> 2. Domicílio	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> 6. Resgate/Genhe	<input type="checkbox"/> 4. Pediátrico
26. Mecanismo do trauma		Mld. Solicitante:		
27. Tipo de vítima	28. Meio de locomoção da vítima	29. Natureza do acidente	30. Uso de cinto pela vítima	31. Uso do cinto pela vítima
<input type="checkbox"/> 1. pedestre	<input type="checkbox"/> 2. Condutor	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Passageiro	<input type="checkbox"/> 1. Automóvel	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim
<input type="checkbox"/> 4. Pessoa condutora em local inadequado	<input type="checkbox"/> 5. Queda em/ao veículo	<input type="checkbox"/> 4. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 2. Moto	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 3. Colisão/Abelhamento	<input type="checkbox"/> 2. Tomboamento ou Capotamento	<input type="checkbox"/> 5. Queda com objeto fixo	<input type="checkbox"/> 3. A pé	<input type="checkbox"/> 3. Não
<input type="checkbox"/> 4. Atropelamento	<input type="checkbox"/> 6. Outro	<input type="checkbox"/> 4. Choque com objeto fixo	<input type="checkbox"/> 4. Capacete	<input type="checkbox"/> 4. Ignorado
<input type="checkbox"/> 32. Uso de bebida alcoólica pela vítima	<input type="checkbox"/> 33. Intoxicação Exógena	<input type="checkbox"/> 34. Queda	<input type="checkbox"/> 35. Uso de bebida alcoólica pela vítima	<input type="checkbox"/> 36. Agressão
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Álcool	<input type="checkbox"/> 1. Própria altura	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo
<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Drogas Ilícitas	<input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Arma branca
<input type="checkbox"/> 33. Intoxicação Exógena	<input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos	<input type="checkbox"/> 3. Medicamentos	<input type="checkbox"/> 3. Não	<input type="checkbox"/> 3. Agressão física
<input type="checkbox"/> 1. Álcool	<input type="checkbox"/> 5. Outros	<input type="checkbox"/> 4. Outros	<input type="checkbox"/> 4. Substância química	<input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual
<input type="checkbox"/> 36. Agressão		<input type="checkbox"/> 37. Quimiotrauma	<input type="checkbox"/> 38. Outros acidentes	<input type="checkbox"/> 39. Quimiotrauma
<input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo	<input type="checkbox"/> 2. Arma branca	<input type="checkbox"/> 1. Fogo	<input type="checkbox"/> 1. Afogamento	<input type="checkbox"/> 1. Livre
<input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual	<input type="checkbox"/> 5. Outros	<input type="checkbox"/> 2. Substância química	<input type="checkbox"/> 2. Boletamento	<input type="checkbox"/> 2. Obstruída
<input type="checkbox"/> 37. Tentativa de suicídio		<input type="checkbox"/> 3. Chama	<input type="checkbox"/> 3. Não sei	<input type="checkbox"/> 3. Normal
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 4. Chamas		<input type="checkbox"/> 4. Apneia
<input type="checkbox"/> 38. Outros acidentes	<input type="checkbox"/> 39. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> 40. Respiração	<input type="checkbox"/> 41. Circulação/pulmão	<input type="checkbox"/> 42. Perfusão periférica
<input type="checkbox"/> 1. Afogamento	<input type="checkbox"/> 1. Livre	<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 1. Ausente	<input type="checkbox"/> 1. > 2º graus
<input type="checkbox"/> 2. Boletamento	<input type="checkbox"/> 2. Obstruída	<input type="checkbox"/> 2. Traqueomalacia	<input type="checkbox"/> 2. Presente	<input type="checkbox"/> 2. < 2º graus
<input type="checkbox"/> 43. Neurológico	<input type="checkbox"/> 3. Agitação	<input type="checkbox"/> 3. Bradipneia	<input type="checkbox"/> 3. Choro	<input type="checkbox"/> 3. Tórax com deformidades ou luxações
<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 2. Sonolência	<input type="checkbox"/> 4. Tórax com deformidades ou luxações	<input type="checkbox"/> 4. Fino	<input type="checkbox"/> 4. Desvio da correnteira initial
<input type="checkbox"/> 44. Escala de CINCINNATI		<input type="checkbox"/> 45. Síntese	<input type="checkbox"/> 46. Escala de CINCINNATI	<input type="checkbox"/> 47. Disolução de fato
<input type="checkbox"/> 1. Difícil motor		<input type="checkbox"/> 1. Absente	<input type="checkbox"/> 1. Ausente	<input type="checkbox"/> 1. Perda de consciência
<input type="checkbox"/> 45. Coloreto de pele		<input type="checkbox"/> 2. Midriase	<input type="checkbox"/> 2. Presente	<input type="checkbox"/> 2. > 2º graus
<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 2. Pálido	<input type="checkbox"/> 3. Hiperemia	<input type="checkbox"/> 3. Dilatado	<input type="checkbox"/> 3. Hiperemia
<input type="checkbox"/> 4. Ictérico	<input type="checkbox"/> 3. Clorose	<input type="checkbox"/> 4. Isquémica	<input type="checkbox"/> 4. Anisocôndila	<input type="checkbox"/> 4. Não reage
<input type="checkbox"/> 46. Alergia	47. Qual?	48. Usa medicamento	49. Alguma projeção	50. Qual?
<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 1. Sim
<input type="checkbox"/> 49. Alguma projeção		<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 2. Não
<input type="checkbox"/> 50. Qual?		<input type="checkbox"/> Qual?	<input type="checkbox"/> Qual?	<input type="checkbox"/> Qual?
51. Abertura ocular (AO)	52. Resposta verbal	53. Resposta Motor	54. Sinal vital - SSVV	
<input type="checkbox"/> 1. Espontânea (4)	<input type="checkbox"/> 1. Orientada	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Obediente a comandos (3)	HORA	
<input type="checkbox"/> 2. À voz (3)	<input type="checkbox"/> 2. Confusa	<input type="checkbox"/> 2. Localiza dor	PA	100/80
<input type="checkbox"/> 3. À dor (2)	<input type="checkbox"/> 3. Palavras Inapropriadas (3)	<input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4)	FC	89
<input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1)	<input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2)	<input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal	RR	23
TOTAL	SCORE:	SCORE:	TEMP	37,5
55. Principal lesão	Crânio	Face	HGT	105
Amputação			SpO <sub>2</sub> %	93,70
Contusão				
Escoriação				
Esmagamento				
Perfurante				
Centrose				
Fratura fechada				
Fratura aberta				
Laceração				

KOTE SEGUNDO  
Erica Araújo  
11/11/19

<input type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical <input checked="" type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha <input type="checkbox"/> 3. Imob. Membros <input type="checkbox"/> 4. KED <input type="checkbox"/> 5. Oxigênio/espuma	
<b>01 afirmação correta</b>	
<b>86. Unidade de destino:</b> 11. M.G. - Dra. Marcia Soares Médico CRM-PE 27932	
<b>87. Médico que recebeu:</b>	
<b>88. Equipe:</b> Médico assistente: Enfermeiro: Técnico de enfermagem: Condutor/Piloto: Responsável pelo preenchimento:	
Sônia Rodrigues da Silva CRM-PE 101934 Sônia Rodrigues da Silva CRM-PE 101934	
<b>89. Soliciou apoio da UVI:</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	
<b>Observações:</b>	
<b>90. Redirecionamento:</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	
<b>Causa:</b> <b>Destino:</b>	
<b>Obs:</b> Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.	
<b>92. Cancelamento de ocorrência:</b> <input type="checkbox"/> 1. Pelo médico regulador <input checked="" type="checkbox"/> 2. Pelo solicitante <input type="checkbox"/> 3. Por sorte <input type="checkbox"/> 4. Por cenário de risco para a equipe	
<b>93. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE:</b> O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.	
<b>Testemunha:</b> <b>Assinatura:</b> <b>RG:</b> <b>Data:</b>	
<b>94. Múltiplas vítimas:</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	
<b>Nº de vítimas:</b> <b>Cenário:</b>	

KOTE SEGUN  
Erica A.  
141119



PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA PRONTUÁRIO: 189859 CLASSIFICAÇÃO: AMARELO N° OCORRÊNCIA: 00169485**

Nome: SIMONE CONCEIÇÃO DA SILVA	Idade: 29 Anos 8 Meses 24 Dias	CNS: 898004034251869	Est.Civil:	
End.: RUA MOACIR MARIA DA SILVA	Nº: 40	Nascimento: 31/08/1989	CEP: 55819110	Bairro:
Mãe: MARIA INES DA CONCEIÇÃO	Doc nº: 8458256	Nacio.: BRASILEIRA	Cor/Raça: PARDO	
Pai: CARLOS JOSE DA SILVA	Acom.:		Sexo: FEMININO	
Profi.:	Telefone: 993257429	Município: CARPINHA		

Encaminhamento: CLÍNICA MÉDICA

Situação/Sintomas/Quelxas/Eventos:

REFERE DOR EM REGIÃO ESCAPULAR ESQUERDA E OMBRO ESQUERDO SEC À TRAUMA EM ACIDENTE DE MOTO HÁ QUASE 6 HORAS.

Procedência: Unidade de saúde

Doenças preeexistentes: NEGA

Régua de dor: Moderada

Pré-consulta: Urgência

Intolerância/Alerg.: PENICILINA BENZATINA

Parâmetros: PA: 13/80 FC: 95 R: T: HGT: Spo2: GLASGOW: Peso:

Estado do Paciente: Consciente Orientado Calmo

Sintomas:

Dor torácica: Duração da dor: Localização:

Dor presente: Irradiação:

Edemas:

Observações: TRANSFERÊNCIA DE CARPINHA/PEI RX DE OMBRO: FRATURA EM ESCÁPULA ESQUERDA! À ORTOPEDIA!

Últimas Ocorrências Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Quelxas/Eventos:

Quelxas / Diagnóstico

Dor em Poco  
escapular (L) APGS  
Queda de moto  
Há +/- 06 horas

Tratamento

OKx

① TIPÓIA AMONICA

③ ORIENTAÇÃO

Exames complementares

RX - FRATURA ESCÁPULA

Impressão diagnóstica

SI DORSAL

Motivo da saída:  Residência  Internado

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito às: h m do dia: / /

Data saída: / / Hora saída: :

- Curativo
- Nebulização
- Adm. de medicamento
- Retirada de ponto

Técnico / Coren

Atendimento Médico

- Urgência
- Obs. até 24 hs

Médico / CRM

Cód procedimento

Horário: :

Écnico / Conselho

forário

TA: 25/05/2019 19:47:40 RECEPCIONISTA: MARIA ANGELA DA SILVA AGUIAR

TRIAGEM: LAISA DARLEM DA SILVA NASCIMENTO

ERICA Araújo  
KOTF SEGUROS  
BILHETE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012044500000058980862

Número do documento: 20033015012044500000058980862

Num. 59994307 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012044500000058980862>  
Número do documento: 20033015012044500000058980862

Num. 59994307 - Pág. 22



KOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
11/11/19



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012044500000058980862>  
Número do documento: 20033015012044500000058980862

Num. 59994307 - Pág. 23



Adicione uma descrição

Com quem você está?

Onde esta foto foi tirada?

2019 • novembro • 12 • Adicionar

Amigos

Curtir

Comentar



Escreva um comentário...

XOTE SEGUROS  
Erica Araujo  
14/11/19



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012044500000058980862>  
Número do documento: 20033015012044500000058980862

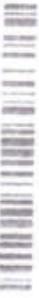
Num. 59994307 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/03/2020 15:01:20  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033015012044500000058980862>  
Número do documento: 20033015012044500000058980862

Num. 59994307 - Pág. 25

KOTE SEGURO<sup>®</sup>  
Erica Araujo  
14/11/19



SEGURADOR DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SIMILARES, A PESSOAS TRANSPORTADAS QUINAO - SEGURO DPVAT																																																																	
PE N° 014805534903 BILHETE DE SEGURO DPVAT																																																																	
TASSIÓ VANDERLI MOURA LIMA.																																																																	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT          PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO          AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>          SAC DPVAT 0800 022 1204</p>																																																																	
<table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>0</td> <td>DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>2013</td> <td>4 / 05 / 13</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CPF / CNPJ</td> <td colspan="2">PLACA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">076.226-394-60</td> <td colspan="2">BEE6460</td> </tr> <tr> <td colspan="2">REANAVAN</td> <td colspan="2">MARCA / MODELO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">077235464</td> <td colspan="2">YAMAHA / FATOR 125 X</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANO/FAB</td> <td colspan="2">AP. CHASSI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">011</td> <td colspan="2">SC6EX1820C00735567</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b> </td> </tr> <tr> <td>PRÉ (R\$)</td> <td>DEFINTIVA (R\$)</td> <td colspan="2">VALOR DA COBERTURA (R\$)</td> </tr> <tr> <td>36,05</td> <td>4,01</td> <td colspan="2">84,56</td> </tr> <tr> <td colspan="2">VALOR DO BILHETE (R\$)</td> <td colspan="2">PAGAMENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">4,15</td> <td colspan="2">0,32</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COTA ÚNICA</td> <td colspan="2">Data de quitação</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">03 / 01 / 13</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b>          CNPJ 09.248.601/0001-04       </td> </tr> </table>				0	DATA EMISSÃO			2013	4 / 05 / 13	CPF / CNPJ		PLACA		076.226-394-60		BEE6460		REANAVAN		MARCA / MODELO		077235464		YAMAHA / FATOR 125 X		ANO/FAB		AP. CHASSI		011		SC6EX1820C00735567		<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>				PRÉ (R\$)	DEFINTIVA (R\$)	VALOR DA COBERTURA (R\$)		36,05	4,01	84,56		VALOR DO BILHETE (R\$)		PAGAMENTO		4,15		0,32		COTA ÚNICA		Data de quitação				03 / 01 / 13		<b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b> CNPJ 09.248.601/0001-04			
		0	DATA EMISSÃO																																																														
		2013	4 / 05 / 13																																																														
CPF / CNPJ		PLACA																																																															
076.226-394-60		BEE6460																																																															
REANAVAN		MARCA / MODELO																																																															
077235464		YAMAHA / FATOR 125 X																																																															
ANO/FAB		AP. CHASSI																																																															
011		SC6EX1820C00735567																																																															
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>																																																																	
PRÉ (R\$)	DEFINTIVA (R\$)	VALOR DA COBERTURA (R\$)																																																															
36,05	4,01	84,56																																																															
VALOR DO BILHETE (R\$)		PAGAMENTO																																																															
4,15		0,32																																																															
COTA ÚNICA		Data de quitação																																																															
		03 / 01 / 13																																																															
<b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b> CNPJ 09.248.601/0001-04																																																																	